Eina kartą per mėnesį | 1939 m. | XX METAI

Nr. 5 | Gegužės mėn. | Nr. 5

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS

E. Šafas: Endokavitarinė aspiracija pagal V. Monaldi . . 327
A. Birutavičienė: Paveldimų pyramidalinės sistemos susirgimų atsitikimai Lietuvoje 343
T. Šiurkus: Os naviculare manus fraktūros gydymas . . 350
J. Adomavičius: Morbus coeruleus 359
M. Braunsas: Vidurių šiltinės epidemiologija Kaune . . . 367
L. Goldšteinas: Mažoji diferencinė diagnostika. VI. Bronchitis chronica ar tuberculosis pulmonum? 373
Referatai (Vidaus ligos, vaikų ligos, chirurgija, urologija, akušerija ir ginekologija, odos ir vener. ligos, otorinolaringologija, nervų ir psichinės ligos, higiena) . . . 380
Klinikos ir praktikos patyrimai. 391
Mediciniškųjų organizacijų veikla: L. Chirurgų Draugijos 1939 m. I. 10 d. susirinkimas . . . 396
Kronika 403

SOMMAIRE

E. Šafas: Aspiration endocavitaire d'après V. Monaldi.
A. Birutavičienė: Quelques cas de maladies héréditaires du système pyramidal en Lithuanie.
T. Šiurkus: Traitement de la fracture du scaphoïde.
J. Adomavičius: La maladie bleue.
M. Braunsas: Epidémiologie de la fièvre typhoïde à Kaunas.
L. Goldšteinas: Un peu de diagnostic differentiel. VI. Bronchite chronique, ou bien tuberculose pulmonaire?
Revue analytique (Pathologie interne, maladies des enfants, chirurgie, urologie, accouchement et gynécologie, dermatologie et vénéréologie, otorhinolaryngologie, maladies nerveuses et mentales, hygiène).
Notes thérapeutiques, cliniques et pratiques.
De l'activité des organisations médicales.
Chronique.

Gerbiam. „MEDICINOS" ėmėjai

maloniai prašomi ko greičiausiai sumokėti šių 1939 metų prenumeratą, kad lėšų stoka netrukdytų tolimesnio „Medicinos" leidimo.

Taip pat senesnių laikų „Medicinos" skolininkai maloniai prašomi kiek galima greičiau likviduoti savo skolas.

„Medicinos" Redakcija-Administracija.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XX met. | 1939 m. gegužės mėn. | Nr. 5

Gyd. E. Šafas.

Endokavitarinė aspiracija pagal V. Monaldi.

Chirurgiškas plaučių tuberkuliozinių kavernų gydymas nuolatos tobulėja. Turime daugelį būdų ir priemonių plaučių tuberkuliozinėms kavernoms gydyti, iš kurių kiekvienu atveju galima viena ar kita pasirinkti ir pagal susirgimo stovį tinkamai pritaikyti. Be visų kitų, iki šiol žinomų ir mediciniškoje literatūroje plačiai aprašytų būdų, turime dar vieną naują — endokavitarinę aspiraciją, kuri mūsų lietuviškoje literatūroje dar nebuvo minėta ir kuri iš viso dar mažai kam yra žinoma. Nenagrinėdamas kitų, apsistosiu ties paskutine, kuri, kiek žinau, iki šiol vartojama tik C. Forlanini'o institute.

Prof. Monaldi, stebėdamas gausią institute esamą medžiagą ir atlikęs daugelį eksperimentinių darbų, sukūrė teorinius pagrindus šitam naujam būdui, kurio techniškąją dalį išpildė kartu su savo asistentais Bottari'u ir Babolini'u.

Techniškai endokavitarinė aspiracija atliekama šitaip: tiesiai pro krūtinės sienelę specialiu troakaru įkišamas į kavernos tuštimą kateteris, pro kurį nuolatos siurbiamas kavernos turinys.

Atvykęs į institutą pamačiau šituo būdu gydomus ligonius ir sužinojau, kad šitas būdas vartojamas institute tik nuo 1938 m. pavasario. Tų pačių metų liepos mėn. 15 d. Nacionalinės fašistinės federacijos kovai su džiova sekcijoje „Lazial" Monaldi padarė pirmąjį šituo klausimu pranešimą: „Mėginimai endokavitarine aspiracija gydyti plaučių tuberkuliozines kavernas"[2]). Šitas pranešimas susilaukė smarkių diskusijų, nes mintys, kurias iškėlė Monaldi, įnešа radikalias atmainas kolapsinės terapijos indikacijose ir plaučių tuberkuliozinių kavernų teorinių pagrindų supratime.

Darbas šitose srityje buvo tęsiamas toliau, ir gautieji pirmieji teigiami gydymo rezultatai buvo paskelbti spaudoje, ir kartu išaiškinti endokavitarinės aspiracijos teoriniai pagrindai[3]).

Šituo būdu gydytų ligonių skaičiui augant, aiškėjo ir gydymo rezultatai. Pagaliau 1938 m. gruodžio mėn. 18 d. N. F. F. kovai su džiova Lombardijos sekcijos suvažiavime, kuris buvo Milane, „Vialba" sanatorijoje, M o n a l d i pranešė gautus gydymo rezultatus, patvirtindamas juos gydytų ligonių rentgenogramomis. Surinktoji kliniškoji medžiaga aiškiai ir įtikinamai rodė teorinių pagrindų tvirtumą. Greiti ir teigiami gydymo rezultatai sukėlė visuose susirinkimo dalyviuose didelį susidomėjimą. Po diskusijų prof. M o r e l l i, kuris šitame susirinkime pirmininkavo, baigdamas susirinkimą, pabrėžė šito naujo laimėjimo ypatingą reikšmę tuberkuliozinių kavernų gydyme[1]).

Norint geriau suprasti endokavitarinės aspiracijos pagrindus, pravartu prisiminti bendrieji kolapsinės terapijos veikimo principai. Teigiamas kolapsinės terapijos veikimas aiškinamas mechaniniais ir biologiniais faktoriais, kurie pareina nuo pakitėjusios intrapulmoninės kraujo apytakos. Kuris yra mechaniškasis veikimas?

Pradėjus gydymui vartoti pneumotoraksą, oro papildymai buvo daromi su teigiamu spaudimu, norint daugiau suspausti ir tuo būdu palaikyti plaučius didesnėje ramybėje, nes buvo manoma, jog pneumotoraksas veikiąs teigiamai del to, kad palaikąs plaučius ramybėje. Vėlesni patyrimai šitos nuomonės nepatvirtino. Buvo įrodyta, kad plaučiai imobilizuoti yra labai sunku, ir net teigiamu spaudimu visiška plaučių imobilizacija retai atsiekiama. Antra vertus, mėginimai papildyti pneumotoraksą neigiamais spaudimais davė gerų kliniškų rezultatų ir parodė, kad plaučių tuberkuliozinės kavernos gali sugyti, plaučių visiškai neimobilizavus ir nesudarius teigiamo spaudimo pleuros tuštime.

Išeina, kad pneumotorakso veikimas daugiau pasireiškia elastingo plaučių audinio atpalaidavimu negu imobilizacija. Atpalaidavimas (Entspannung) pats savaime, be žymaus plaučių tūrio sumažėjimo, leidžia suartėti kavernos sienelėms. Be to, kiti kolapsinės terapijos būdai įnešė naujų žinių, paaiškinančių kolapsinės terapijos veikimą. Palyginę pneumotoraksą su frenikoekzereze, matome, kad šitos dvi operacijos visai skirtingos: pneumotoraksas žymiai sumažina plaučių tūrį, bet neimobilizuoja, o frenikoekzerezė imobilizuoja atitinkamą plaučių dalį, nežymiai sumažindama jų tūrį. Tačiau žinome, kad abiemis minėtomis operacijomis galima atsiekti tas pats terapinis efektas. Tat suprantama iš plaučių judesių mechanikos.

Plaučiai, ištempti fiziologiniu būdu krūtinės ląstoje, ir yra savojo audinio elastingo tempimo nuolatinėje įtakoje. Net maksimalinių ekspiracijų metu plaučių audinys visiškai neatsipalaiduoja. Plaučių elastingumas išnyksta tik tuomet, kai spau-

dimas pleuros tuštime susilygina su oro spaudimu bronchuose. Kol to nėra, neigiamas spaudimas pleuros tuštime lieka ir maksimalinių ekspiracijų metu (Carson). Plaučių tempimą padidina dar nuosavas jų svoris. Tuo būdu plaučių viršūnėje neigiamas spaudimas yra didžiausias ir keičiasi pagal kūno padėtį. Normaliomis sąlygomis neigiamas spaudimas pleuros tuštime yra lygus 6—8 ccm. vandens stulpo, o patologinėmis sąlygomis kartais pasiekia iki — 50.

Esant plaučiuose patologiškiems pakitimams, normalūs plaučių judesiai veikia kaip respiracinė trauma ir kliudo plaučiams gyti. Respiracinės traumos svarbą plaučių tuberkulioziniams procesams iškėlė Forlanini, o vėliau smulkiai detalizavo ir išvystė jo mokinys Morelli.

Nenagrinėdamas smulkiai visų šitos teorijos smulkmenų, paliesiu tik pagrindinius, elementinius jos principus, susijusius su tolimesniu šito straipsnio tęsiniu, kurie dar aiškiau apibūdina tikrąjį mechaniškąjį pneumotorakso ir kitų kolapsinės terapijos metodžių veikimą.

Krūtinės sienelėje jėgos, dalyvaujančios fiziologiškame kvėpavimo akte, persiduoda plaučių alveolėms. Kai del kurių nors priežasčių plaučių alveolės netenka savo elastingumo, tada persiduodančių parietalinių jėgų veikimas yra žalingas, nes žaloja alveoles.

Pagal Morelli respiracinė trauma yra tiesiog proporcinga pasunkėjusiam oro įėjimui į alveoles. Todėl juo daugiau stenozuoti bronchai ir juo sunkiau pakliūva oras į alveoles, tuo labiau pasireiškia tarp krūtinės sienelės ir alsavimo takų priešingas jėgų veikimas ir smarkiau traumoja plaučių audinį.

Vėliau pamatysime, kad esant kaverniniam procesui plaučiuose, taip pat ir bronchai būna daugiau ar mažiau paliesti ir stenozuoti. Todėl respiracinės traumos veikimas tuberkulioziniams plaučiams yra ypatingai svarbus; be to, jos žalingas veikimas pareina ne tik nuo stenozių didumo alsuojamuosiuose takuose, bet taip pat ir nuo oro kiekio alveolėse. Morelli sako: „Traumojamas veikimas padidėja, kai sumažėja alveolėse oro kiekis. Kenksmingas, persiduodantis krūtinės ląstos veikimas (ripercussione donnossa) yra tiek mažesnis, kiek labiau aprūpinta oru plaučių sritis, apsupanti nesveiką vietą“.

Atsižvelgdamas į mechaniškų faktorių veikimą, Morelli tuberkuliozines kavernas skirsto į dvi pagrindines grupes: 1) kavernos, kuriose esminiai, lemiamieji faktoriai yra biologiniai, ir 2) kavernos, kuriose, be biologinių, dar prisideda mechaniniai faktoriai, padedantieji kavernoms plisti arba bent palaikantieji jų ekzistenciją.

Turint galvoje minėtas sąvokas, bus suprantama, kad kolapsinės terapijos priemonėmis siekiama panaikinti respira-

cinė trauma ir išjungti žalingas jos veikimas nesveikam plaučių audiniui. Dirbtiniame pneumotorakse mechaniškas krūtinės sienelės veikimas, persiduodantis plaučių audiniui, panaikinamas arba sumažinamas pagelba oro sluoksnio, kuris užpildo pleuros tuštimą tarp sienelės ir plaučių. Panašiais principais kaip pneumotoraksas remiasi ir visos kitos chirurgiškai demolityvinės kolapsinės terapijos metodės, kuriomis vienu ar kitu būdu sunaikinama krūtinės sienelės funkcija ir susiaurinamas krūtinės ląstos tuštimas taip, kad suspausti plaučiai negalėtų išsiplėsti.

Tokiais pagrindiniais principais buvo vadovautasi, gydant tuberkuliozines kavernas iki 1932 m., kai Monaldi po gausių pneumografinių tyrinėjimų pasiūlė antero-lateralinę elastingą torakoplastiką. Šita operacija remiasi visai kitais pagrindais negu demolityvinės torakoplastikos ir įnešė naujos šviesos į tuberkuliozinių kavernų gydymo bei gijimo supratimą.

Antero-lateraline elastinga torakoplastika krūtinės ląstos veikimas nesunaikinamas, o tik sumažinamas. Tuo galima įsitikinti, operuotus ligonius ištyrus pneumografu. Be to, po operacijos galima pastebėti, kad tuo pačiu metu, kai kaverna pradeda trauktis ir mažėti, aplinkinis sveikas plaučių audinys atgauna savo normalią funkciją. Išeina, kad kavernos susitraukimo jėga yra didesnė už likusią krūtinės sienelės, bet likusi krūtinės sienelės funkcija yra pakankama sveikajam plaučių audiniui palaikyti beveik normaliai ištemptoje padėtyje.

Antras pagrindinis principas, skiriantis antero-lateralinę elastingą torakoplastiką nuo demolityvinių, yra tas, kad nesuspaudžiami plaučiai ir nesusiaurinamas krūtinės ląstos tuštimas; o jei po šitos operacijos ir lieka kai kuriose vietose nedideli susiaurėjimai, tai jie gali ir neatitikti kavernų lokalizacijos. Jei kavernos gali sugyti nesuspaudžiant plaučių, tai kyla klausimas, kas užpildo kavernos tuštimą? Iš savo surinktų duomenų Monaldi daro išvadą, kad besitraukdama kaverna tempia paskui save aplinkinę plaučių parenchimą, kuri pamažu užima buvusį kavernos tuštimą.

Kalbant apie tuberkuliozines kavernas negalima pamiršti, kad kaverna nėra lygi kavernai. Iš klinikos patyrimų žinoma, kad ne visos kavernos vienodai pasiduoda gydomos ir kad ne visos gali būti gydomos tuo pačiu būdu. Skirtinga jų gijimo eiga pareina nuo anatominių, biologinių ir mechaninių faktorių, kurių reikšmė vis labiau aiškėja. Pastaruoju laiku daug dėmesio kreipiama į mechaninių faktorių veikimą.

Geriau išsiaiškinti bendroms ir vietinėms sąlygoms, turinčioms įtakos tuberkuliozinėms kavernoms, išnagrinėsime tris pagrindinius kavernų elementus:

1) plaučių audinį aplink kaverną, 2) kavernos sienelę ir 3) kavernos tuštime esantį orą.

Kad kavernų gijimo eiga pareina taip pat nuo jas apsupančių plaučių parenchimos pakitimų, yra seniai žinomas ir neginčijamas faktas. Bet kadangi tie pakitimai gali būti labai įvairūs kokybės ir kiekybės atžvilgiu, tai ir kavernos susitraukimui jų pasipriešinantis veikimas bus įvairus.

Įsivaizduokime sveikų plaučių audinio viduje kaverną. Parenchima tarp kavernos ir krūtinės sienelės bus dviejų priešingomis kryptimis veikiančių jėgų įtakoje. Šitais atvejais susitraukdama kaverna galės patraukti paskui save sveiką plaučių parenchimą, jei stipriau ją veiks negu krūtinės sienelė, t. y. jei viršys krūtinės ląstos centrifugalines jėgas ir, be to, pajėgs ištempti plaučių audinį centripetaliai. Bet tais atvejais plaučių audinio įtempimas bus didesnis už fiziologišką, nes bus įtakoje dviejų tuo pačiu metu priešingomis kryptimis veikiančių jėgų — ekscentriškai veikiančios krūtinės sienelės ir koncentriškai veikiančios kavernos. Tačiau tokie atsitikimai pasitaiko retai; dažniausiai apie kavernas randami infiltratai arba kitokie patologiški pakitimai.

Tais atvejais, kai plaučių audinys aplink kaverną yra atelektazijos stovyje, kavernos susitraukimo jėgoms nereikalinga viršyti krūtinės sienelės veikimo; joms pakanka nugalėti atelektazinio audinio pasipriešinimas, kad jis būtų ištemptas iš atelektazinio stovio. Toks atelektazinis audinys, atsipalaidavęs ir prisipildęs oro, puikiausiai gali užpildyti buvusį kavernos tuštimą. Jei atsipalaidavusio audinio pakanka kavernos tuštimui užpildyti, tai, pagijus kavernai, sako M o n a l d i, grįžta beveik normali morfologinė ir fiziologinė pusiausvyra.

Esant eksudacinei infiltracijai arba didelio laipsnio sklerozei, plaučių audinys būna rigidiškas; tada nepakanka vien kavernos jėgų audinio defektui padengti. Eksudacinės infiltracijos atvejais kavernos tuštimas negali būti užpildytas aplinkiniu audiniu, kol nebus išnykusi eksudacija ir kol plaučių audinys nebus atgavęs elastingų savybių, net ir tuomet, kai kavernos susitraukimo jėgos būtų padidėjusios.

Homogeniškos sklerozės atsitikimais kavernos deformacija ir pagijimas gali būti įmanomi, jei pati kavernos sienelė nėra visiškai sklerozavusi, tik sumažinus krūtinės ląstos tuštimą (mediastinum'o patraukimas, diafragmos pakilimas arba krūtinės sienelės deformacija).

Kai kavernos yra labai didelės arba kai kaverną apsupanti parenchima yra rigidiška ne perdėm, o tik tam tikruose sektoriuose, tada, kavernai traukiantis, jos tuštimas negali būti parenchimos užpildytas iš visų pusių vienodai; tada užpildymas pasireiškia sveiko audinio sąskaiton viena ar kita

kryptimi. Šitais atvejais kavernai susitraukiant, sveikos plaučių audinio dalys gali būti smarkiai dislokuojamos, nes dislokacija lengviau įvyksta ta kryptimi, kur esama mažesnio pasipriešinimo, pvz., po frenikoekzerezės dislokacija eina į viršų.

Monaldi sako: „...kaverna gali išnykti, krūtinės sienelei statiškai nepakitus, kai apsupantis plaučių audinys užpildo jos tuštimą. Kavernos tuštimas gali būti užpildytas atsileidžiant atelektaziškam plaučių audiniui arba sveiko audinio hipertensijai mažėjant".

Iš suminėtų pavyzdžių matome, kad kiekvienu atsitikimu kavernos yra skirtingose patologinėse sąlygose ir kad tos sąlygos turi lemiamos reikšmės kavernų gijimo eigai.

Be kaverną apsupančio audinio, ne mažiau reikšmės turi ir jos pačios sienelė. Sienelės vaidmuo kavernos retrakcijoje pareina pirmiausia nuo jos pačios elastingumo bei galimumo pakitėti ir pagaliau nuo jos aktyvių susitraukimo jėgų. Iš patologinės anatomijos žinome, kad yra kavernų gležnomis, elastingomis sienelėmis ir kavernų gerai išsivysčiusiomis, storomis, rigidiškomis, sunkiai deformuojamomis sienelėmis. Gerai išsivysčiusių kavernų sienelė susideda iš trijų histologinių sluoksnių.

Del sienelių rigidiškumo jos sunkiai gyja ir, norint jas paveikti, reikalinga pavartoti atitinkama kolapsinės terapijos metodė.

Monaldi kavernas pagal jų sienelės elastingumą skirsto į tris grupes: 1) retrakcines (retrattile), 2) pasyvias (caverne a cercine inerte) ir 3) nekintamas (indeformabile).

Pirmajai grupei priklauso kavernos, turinčios elastingą anatominę struktūrą ir aktyvias susitraukimo jėgas. Jas apsupa sveikas arba mažai pakitėjęs plaučių audinys, kuris nesudaro didelių kliūčių joms susitraukti. Aktyvias kavernų susitraukimo jėgas sudaro elastingos plaučių audinio skaidulės, kurios turi savybę susitraukti ir normaliomis sąlygomis yra nuolatos įsitempusios. Audinyje, kuris apsupa kaverną, jos yra labiau įsitempusios, negu sveikame plaučių audinyje, nes jau esame minėję, kad krūtinės sienelės veikimas labiau pasireiškia ligotose plaučių vietose, o be to, vėliau pamatysime, kad yra jėgų, tempiančių kaverną iš vidaus. Šitų faktorių įtakoje aplink kaverną esantis audinys yra labiau įsitempęs, negu normalus ir del to turi didesnį palinkimą susitraukti. Be šitų jėgų, kurios pareina iš plaučių audinio fiziologinių savybių ir kurios galima pavadinti funkcinėmis retrakcijos jėgomis, prisideda dar kavernos sienelės randėjimo jėgos, veikiančios koncentriškai ir priklausančios nuo pastovios jungiamojo audinio proliferacijos. Šitos jėgos verčia kaverną susitraukti ir priveda kartais

iki spontaniško pagijimo, jei nėra stipresnių ekscentriškai veikiančių jėgų.

Prie antrosios grupės priskiriamos visos tos kavernos, kurioms susitraukti nepakanka savųjų jėgų. Jų sienelės yra storos, sudėtos iš trijų būdingų histologinių sluoksnių ir, be to, tiek pati sienelė, tiek aplinkinis audinys yra infiltravęsi arba iš dalies sklerozavęsi. Tokie patologiški pakitimai neduoda pasireikšti kavernų retrakcinėms jėgoms ir laiko jas pasyviame, sustingusiame stovyje (Staarkavernen), kol pasikeičia patologinės sąlygos arba kol prisideda pašalinės jėgos. Vienu ar kitu būdu išjudinus tokią kaverną iš jos sustingimo stovio, ji traukiasi toliau pati. Šitą faktą patvirtina ir tat, kad Morelli kai kuriais rigidiškų kavernų atvejais pataria daryti kompresinį pneumotoraksą tik tol, kol kaverna bent kiek sumažėja, o po to vėl grįžti prie neigiamų spaudimų.

Kavernų, kurios galima priskirti prie trečiosios grupės, praktiškai pasitaiko nedaug. Monaldi sako: „Pagaliau mes neneigiame, kad yra kavernų, kurios del anatominių priežasčių yra visiškai ir galutinai rigidiškos, bet mes laikome jas išimtimis". Šituos Monaldi žodžius patvirtina praktiški patyrimai su endokavitarine aspiracija. Daugeliu atsitikimų, kur kavernos atrodė visiškai rigidiškos, pritaikius endokavitarinę aspiraciją, jos puikiausiai susitraukė. Tokių pavyzdžių skaičius diena po dienos didėja.

Sienelė gali nepasiduoti deformuojantiems veiksniams tais atvejais, kai kaverna yra kazeoziškų masių viduje arba kai visa aplinkinė sritis yra homogeniškai infiltravusis; tat atsitinka ūminių lobitų ir kazeozinių pneumonijų atvejais. Tačiau tokiais atsitikimais negalima kalbėti apie tikrą kavernos sienelę, nes ji yra tik dalis tų pačių kazeozinių masių. Šitos kavernos paprastai didėja ir be mechaninių faktorių, tačiau, pasiekusios sveiką plaučių audinį ir apsivaliusios nuo nekrozinių masių, pereina į elastingų kavernų grupę.

Visiškas kavernos sienelių rigidiškumas gali būti tuomet, kai aplinkinis audinys yra visiškai ir homogeniškai sklerozavęsis. Tokios kavernos gali deformuotis, tik atitinkamai susiaurinus krūtinės ląstos tuštimą. Laimei tokie atsitikimai nedažni.

Patologiškai pakitusiame kaverną apsupančiame plaučių audinyje del pasunkėjusios medžiagų apykaitos ir vaskuliarizacijos susidaro sąlygos, kliudančios jam visiškai ir galutinai sklerozuotis. Tas sąlygas Monaldi aiškina biologiniais ir mechaniniais faktoriais. Pirmuosius sudaro pačiame audinyje ir kavernos tuštime susirinkusios toksinės medžiagos, kilusios iš nekrozavusių, suirusių audinio dalių, ir tuberkuliozinių bacilų gaminamieji toksinai. Toksinės medžiagos sulaikan-

čios regeneraciją ir įtraukiančios naujai pasirodžiusius elementus į degeneracinį procesą.

Yra žinoma, kad sužaloto audinio atstatymas pagelba naujų celinių elementų gerai vyksta tik tada, kai nesveikas audinys yra absoliučiai ramus, arba kuo mažiausiai juda. Tokioms sąlygoms kavernų apsupančiame audinyje susidaryti kliudo mechaniški judesiai, nes plaučių parenchima yra nuolatinėje kvėpavimo judesių įtakoje. Kai perikavitarinis audinys del kurių nors priežasčių (atelektazija, infiltratai ir t. t.) yra netekęs savo elastingumo, krūtinės ląstos tempiančios jėgos, peržengusios tarpinį sveiką audinį, tiesioginai persiduoda į kavernos kraštą. Be šitų tiesioginių jėgų, prisideda dar netiesioginės, pareinančios nuo kavernos tuštime esamo oro spaudimo svyravimų kvėpavimo fazių metu. Šitų jėgų įtakoje nesveika plaučių parenchima atlieka nuolatinius judesius, kurie kliudo naujiems celiniams elementams atsirasti, ir del to mažėja kavernos sienelės pasikeitimo galimumai. Pagaliau, kai dar prisirenka suirusių organinių substancijų arba kalkių perteklius, tai kaverną apsupantis audinys gali atrodyti visai rigidiškas. Tačiau pavartojus kompresinę ar aspiruojamąją jėgą ir atpalaidavus nuo susikrovusių žalingų masių, kaverna atgauna didelę dalį savo elastingumo ir pasiduoda deformuojama.

Analogija yra tais empyemų atvejais, kai plaučiai yra susitraukę ir nebepajėgia išsiplėsti; o pritaikius plovimą su nuolatiniu neigiamu spaudimu pleuros tuštime ir atpalaidavus nuo pseudomembranų, plaučiai pamažu atgauna savo elastingumą ir užpildo krūtinės ląstos tuštimą. Kavernos sienelės kintamumą apibūdina šie M o n a l d i žodžiai: „Kavernos sienelė gali būti nekintama del išsivysčiusios sklerozės. Absoliutus nekintamumas (indeformabile) gali išsivystyti tik labai retai, nes vyksta nuolatinė regeneracija, kuriai paprastomis sąlygomis kliudo pasireikšti biologiniai ir mechaniniai faktoriai". Be to, įvairus kintamumo laipsnis pasireiškia sąsyjyje su naujo specifiško ir nespecifiško granuliacinio audinio atsiradimu ir pareinamai nuo židinio rūšies ir vietinės reakcijos yra įtakoje skirtingų mechaninių sąlygų, susidariusių atskirose plaučių audinio srityse.

Nesigilindami į tikslius kavernos sąvokos apibrėžimus, prileiskime, kad kaverna yra audinio defektas, turintis didesnę ar mažesnę komunikaciją su alsavimo takais. Todėl kavernos tuštime, kuris pro alsavimo takus susisiekia su atmosferos oru, bus nuolatos tam tikras kiekis oro, kurio spaudimas gali būti skirtingas kiekvienu atsitikimu ir keistis kvėpavimo fazių metu. Kavernos tuštime esamo oro spaudimas persiduoda į kavernos sienelę ir ją apsupantį audinį. Spaudimas kavernos viduje ir jo svyravimai daugiausia pareina nuo drenuojančio broncho

arba, teisingiau pasakius, nuo į kaverną atsiveriančių alsavimo takų spindžio visumos.

Pagal jungiančių takų stovį kavernos galima suskirstyti šitaip: 1) uždaros kavernos; 2) atviros kavernos su plačiai atdarais bronchais, ir 3) kavernos su stenozuotais bronchais.

Kai kavernos tuštimas yra visiškai atskirtas nuo atmosferos oro, tai krūtinės sienelės jėgos, kurios pasireiškia kvėpavimo metu, persiduoda į kavernos tuštime esantį orą, spausdamos jį kiekvienos ekspiracijos metu ir proporcingai plėsdamos inspiracijos metu.

Prie antrųjų priklausys tos kavernos, kurios turi tiek plačiai praeinamus bronchus, kad kiekvienos kvėpavimo fazės metu gali laisvai praeiti oro kiekis, atitinkantis kavernos tūrio pasikeitimus. Jų sieneles veiks atmosferos spaudimas nepareinamai nuo kvėpavimo fazių, todėl tiek ekspiracijos, tiek inspiracijos metu jis bus vienodas. Tat galima patikrinti, sujungus kavernos tuštimą su monometru. Bet tiek pirmosios, tiek ir antrosios praktiškai pasitaiko retai.

Paskutiniu laiku daug dėmesio kreipiama į bronchuose esančias stenozes, ir pripažįstama, kad tuberkuliozinės kavernos dažniausiai turi stenozuotus bronchus. Monaldi, pasirėmęs savo stebėjimo duomenimis, prieina išvadą, kad didelė dauguma tuberkuliozinių kavernų turi tiek stenozuotus takus, jog kavernos tuštime esantis oras nesuspėja pasikeisti kiekio atžvilgiu proporcingai kavernos tūrio svyravimams kvėpavimo fazių metu. Iš to išeina, kad beveik visos tuberkuliozinės kavernos galima priskirti prie minėtosios trečiosios grupės.

Pasirėmus respiracinės traumos dėsniais ir turint galvoje jau minėtas sąlygas, galima suprasti, kad oro spaudimo svyravimai šitas kavernas veikia žalingai abiejų kvėpavimo fazių metu. Kiekvienos inspiracijos metu kavernos sienelės ir perikavitarinis plaučių audinys yra dviejų priešingomis kryptimis veikiančių jėgų įtakoje; krūtinės sienelė tempia kavernos kraštą ekscentriškai, sienelės link, o tuo pačiu metu praretėjęs oras traukia jį koncentriškai. Bet kadangi ekscentrinės jėgos yra daug stipresnės už koncentrines, tai kavernos kraštas pasiduoda krūtinės sienelės link, ir kavernos tuštimas padidėja. Ekspiracijos metu parietalinės jėgos, spausdamos kavernos tuštime esantį orą, pakelia jo spaudimą, o padidėjęs spaudimas veikia ekscentriškai kavernos kraštą. Tuo būdu susidaro dvi kompresinės ta pačia kryptimi veikiančios jėgos, kurios spaudžia tarp kavernos ir krūtinės sienelės esamą plaučių audinį ir palaipsniui didina jo atelektaziją. Ypatingai aukštas ir visuomet teigiamas spaudimas kavernos tuštime būna tada, kai stenozuotuose bronchuose susidaro ventilius, kuris įkvėpimo metu įleidžia orą į kavernos tuštimą, o iškvėpiant

sulaiko. Todėl suprantamas plaučių viršūnėje esančių kavernų palinkimas plėstis į krūtinės sienelę. Atelektazijos buvimu galima paaiškinti ir didelių, plaučių viršūnėje esančių, kavernų pagijimas po antero-lateralinės elastingos torakoplastikos, kuri šitų kavernų neužspaudžia.

Apie atelektazijos reikšmę Monaldi sako šitaip: „Perikavitarinė atelektazija didina respiracinę traumą ir sudaro kenksmingas sąlygas, palaikančias kavernų ekzistenciją ir jų plitimą; ir kenksmingumas yra tuo didesnis, juo mažiau yra sveiko audinio tarp krūtinės sienelės ir kavernos ir juo daugiau jis atelektazuotas. Be to, perikavitarinė atelektazija sudaro naudingą audinio atsargą kavernos tuštimui užpildyti arba mechaniškam veikimui absorbuoti, kai kavernos, spontaniškai ar po tam tikrų intervencijų susitraukdamos, išplečia minėtą audinį“.

Trumpai suminėjęs pagrindinius faktus ir teorinius samprotavimus, kuriais bazuojasi endokavitarinė aspiracija, turiu pridurti, kad iki šiol nebuvo tinkamai pažinta perikavitarinio audinio atelektazija ir neįvertina jos reikšmės. Alexander, kuris geriau už kitus autorius yra išnagrinėjęs kavernos gijimo mechanizmą ir aiškiai išdėstęs kavernos tuštime esamo oro mechaniškąjį veikimą, apie perikavitarinę atelektaziją kalba labai maža ir neaiškiai. Monaldi, išaiškinęs perikavitarinės atelektazijos svarbą, pirmasis iš pagrindų pažino visą kompleksą veikiančių faktorių, kuriuos susitraukdama kaverna turi nugalėti.

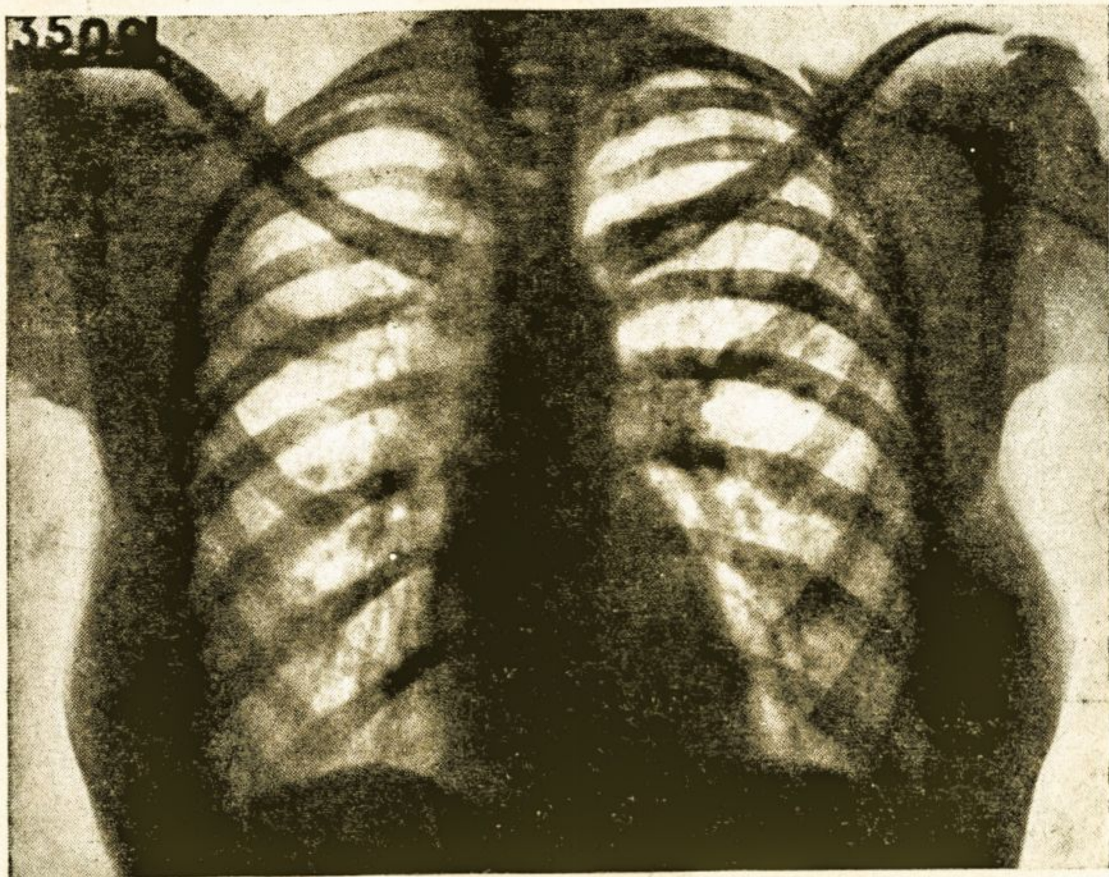
Jis priėjo išvadą, kad, padidinus mechanišku būdu koncentrines kavernos susitraukimo jėgas tiek, kad jos viršytų visas aukščiau išvardytas, ekscentriškai kavernos sienelę veikiančias, jėgas, galima panaikinti didelė dalis kavernų, nedeformuojant krūtinės ląstos, nes kavernos tuštimą gali užpildyti išsiplėsdama atelektazinė parenchimos dalis arba ištemptas sveikas plaučių audinys.

Šituos savo teorinius samprotavimus praktiškai realizavo, įvesdamas į kavernos tuštimą nuolatinį dreną, prie kurio yra prijungta pastovi siurbiamoji jėga. Drenas įkišamas į kavernos tuštimą specialiu troakaru tiesiai pro krūtinės sienelę, tiksliai nustačius rentgeno pagelba kavernos lokalizaciją.

Smulkiau technikos tuo tarpu neaprašinėsiu, nes ji dar galutinai nenusistovėjusi, nuolatos tobulinama ir gal būt del to ir dar paties autoriaus iki šiol nepaskelbta. Geresnei orientacijai pateikiu šituo būdu gydytų poros ligonių aprašymus ir rentgenogramas, kurios aiškiai rodo gydymo rezultatus.

1. Ligonė *C. I.*, 25 metų, tarnautoja. Šeimoje džiova neigiama. Anksčiau jokiomis ligomis nesirgusi. Pirmieji ligos simptomai pasirodę 1936 m. sausio mėn.: atsiradęs nepastovus kosulys su nežymiu skreplių

kiekiu; bendra savijauta pablogėjusi, bet temperatūra nepakildavusi. 1938 m. pradžioje ligonė pajutusi sveikatos pablogėjimą, ir buvo nustatyta plaučių tuberkuliozė. Tų pačių metų spalių mėnesį buvo padaryta parcialinė torakoplastika su frenikoekzereze. Po operacijos ligonės stovis trumpam laikui pagerėjęs. Po kurio laiko vėl pradėjusi blogiau jaustis ir 1939 m. vasario mėn. 28 d. įstojo į Forlanini institutą.

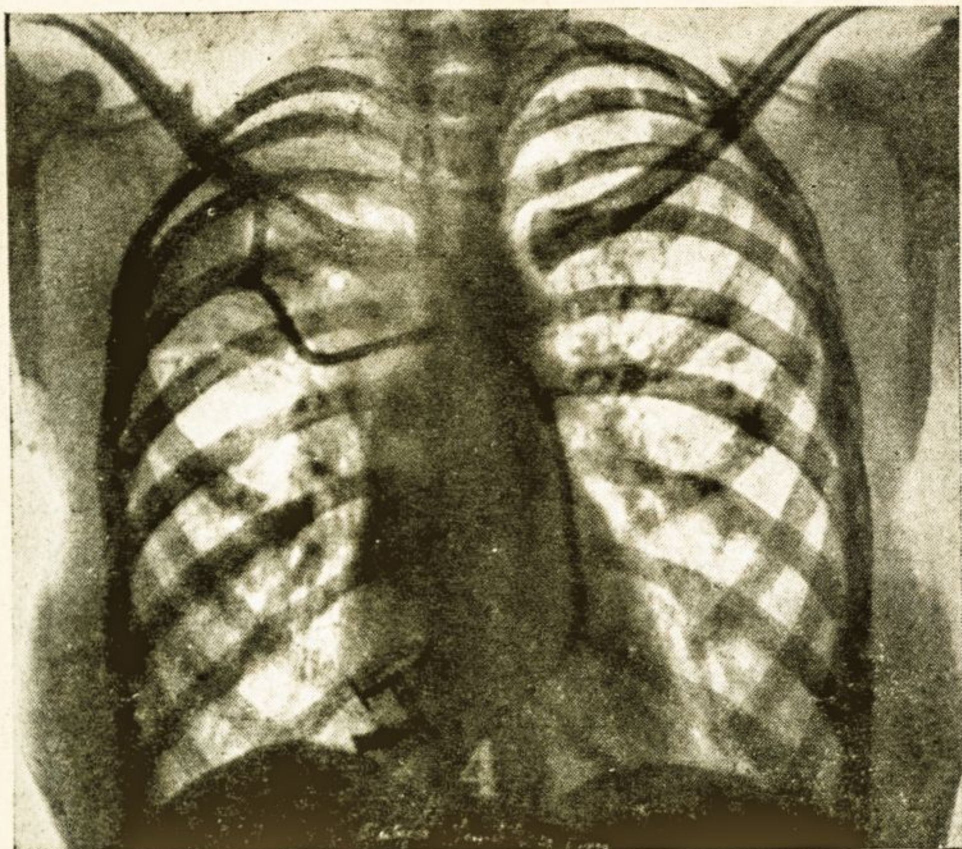


1 rentgenograma.
Didelė kaverna dešiniųjų plaučių viršūnėje ir keletas dėmelių kairiuosiuose plaučiuose po ryšiakauliu.

Ligonė vidutinės mitybos. Po trupučiuką kosti. Skrepliuose rasta tbc. bacilų. Temperatūra normali. Dešiniojoje krūtinės pusėje, lin. axill. anter. srityje, yra pasilikęs po torakoplastikos randas. Rando srityje krūtinės sienelė įdubusi ir nepaslanki. Visoje dešiniojoje pusėje sutrumpėjęs perkutorinis plaučių garsas; didžiausias paduslėjimas yra viršutinėje plaučių dalyje iš užpakalio ir mažėja į plaučių bazę. Kairiųjų plaučių visame plote girdimas normalus plaučių garsas. Apatinė dešiniųjų plaučių riba nepaslanki ir baigiasi užpakalyje mentės kampo linijoje, IX šonkaulio aukštumoje. Alsavimas visuose dešiniuosiuose plaučiuose susilpnėjęs. Po ryšiakauliu ir ties viršutiniu mentės kampu girdimas bronchiškas alsavimas su amforiniu atgarsiu — taip pat stambūs ir vidutiniai drėgni karkalai. Kairiojoje viršūnėje šiurkštus alsavimas. Rentgenograma (žiūr. 1 atv.), padaryta trumpai prieš operaciją, rodo didelę kaverna dešiniųjų plaučių viršūnėje ir keletą dėmelių kairiuosiuose plaučiuose po ryšiakauliu. Pirmojo ir antrojo šonkaulio priekinės dalys pašalintos torakoplastikos metu.

1939 m. kovo mėn. 7 d. padaryta kavernos punkcija ir pritaikyta endokavitarinė aspiracija pagal Monaldi. Po operacijos ligonė jautėsi gerai: temperatūra nepakilo, nekraujavo. Per keturias dienas išnyko ko-

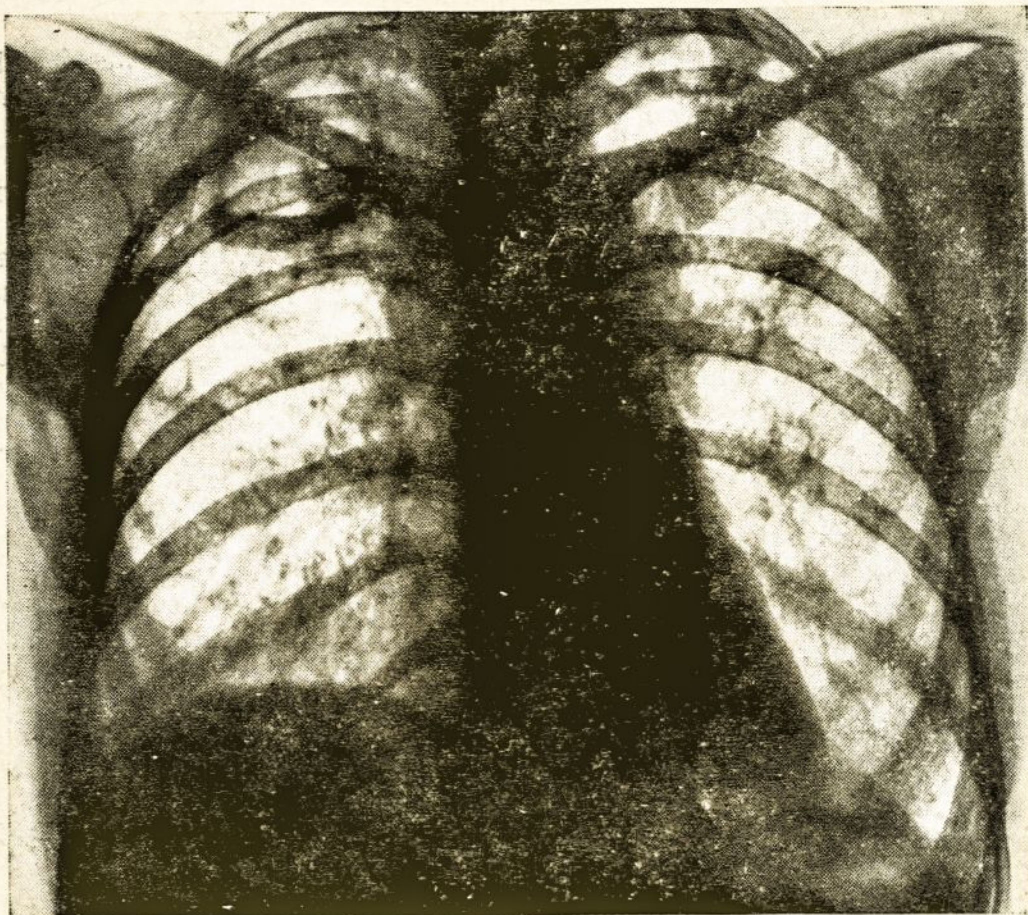
sulys ir tbc. bacilai skrepliuose. Iš pradžių iš kavernos tekėjo tirštas, pūlingas su kraujo pėdsakais skystis, kuris pastoviai mažėjo ir pagaliau liko visai skaidrus. Po 18 dienų minėtame skystyje tbc. bacilų mikroskopiškai nebuvo rasta. Bendrinis ligonės stovis pastoviai gerėjo. Rentgenograma (žiūr. 2 atv.), daryta 16-tą dieną po operacijos, rodo vietoje buvusios kavernos tik mažą audinio defektą.



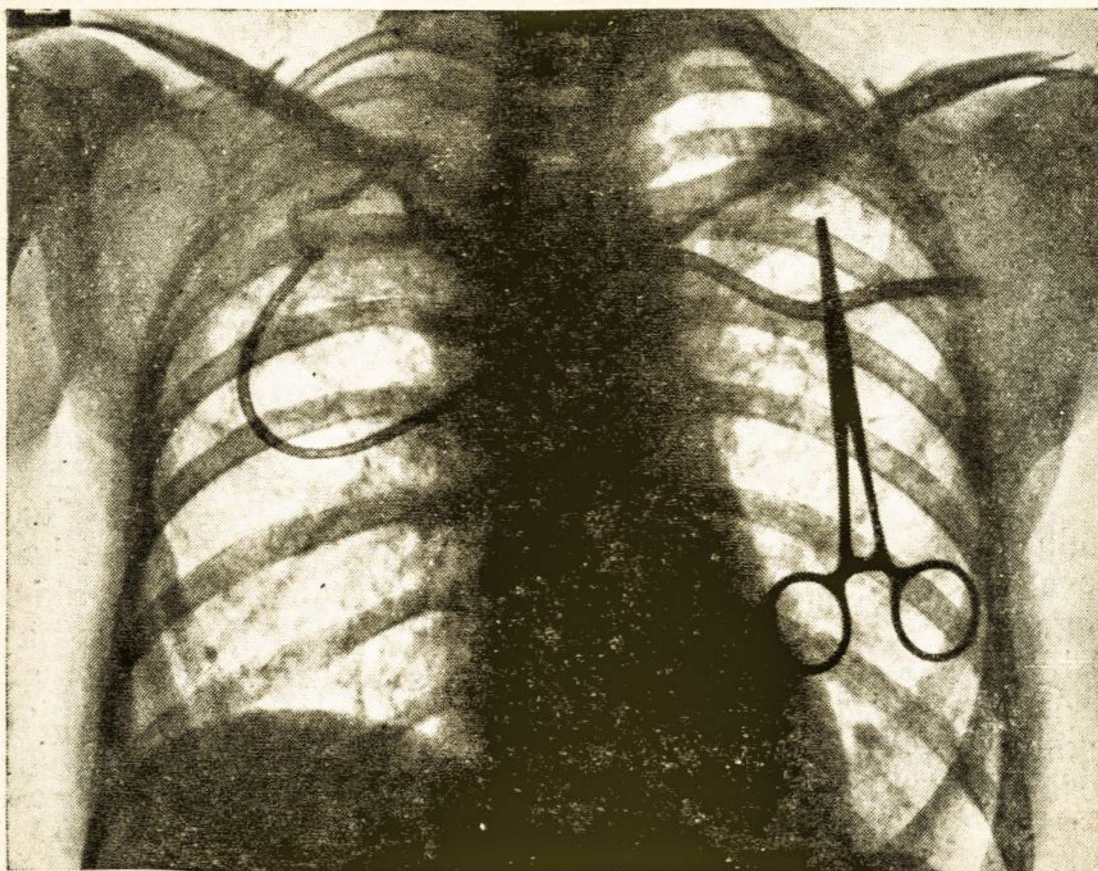
2 rentgenograma.
Vietoje buvusios kavernos (žiūr. 1 rentg.) yra tik mažas audinio defektas. Matomas įdėtas drenas.

2. Ligonė T. E., 30 metų amžiaus, darbininkė. Iš šeimos narių džiova niekas nesirgęs. Turėdama 18 metų amžiaus sirgusi eksudaciniu pleuritu. Po ligos iki 1936 metų pabaigos jaučiusis visą laiką gerai. 1937 m. sausio mėn. staiga susirgusi: pakilusi temperatūra, pradėjusi smarkiai kosėti ir pasirodęs nemažas kiekis kraujo skrepliuose. Del to buvusi paguldyta vienoje Romos ligoninėje, kur buvusi nustatyta atvira plaučių tuberkuliozė ir pradėti gydyti pneumotoraksu kairieji plaučiai. Tų pačių metų vasario 11 d. atsigulė Forlanini institute. Mėginta pritaikyti pneumotoraksas ir kairiesiems plaučiams, bet oras nėjo. Todėl vėliau padaryta frenikofrazė su nervo alkoholizavimu ir 1938 m. kovo mėn. antero-lateralinė elastinga torakoplastika viršutinėje dalyje: rezekuota beveik visas pirmasis šonkaulis ir II bei III po 10 cm.

Ligonė asteniškos konstitucijos, suliesėjusi, daug kosti. Subfebrili temperatūra pastoviai laikosi. Dešinioji balso styga paraudusi ir nežymiai infiltravusis. Visuose dešiniuosiuose plaučiuose patrumpėjęs perkusijos garsas; po ryšiakauliu su timpanišku atgarsiu. Alsavimas susilpnėjęs: viršuje ir po ryšiakauliu bronchiškas, o viršūnėje iš užpakalio šiurkštus alsavimas. Viršutinėje dalyje girdimi įvairaus kalibro drėgni karkalai. Kairiųjų plaučių viršūnėje šiurkštus alsavimas ir pavieniai, vidutinio stambumo drėgni karkalai.



3 rentgenograma.
Didelė kaverna dešiniųjų plaučių viršūnėje, aplink ją įvairaus didumo infiltratai; apatiniame trečdalyje smulkus dėmėtumas. Kairiųjų plaučių viršūnė dėmėta; po ryšiakauliu didelis pritemimas.

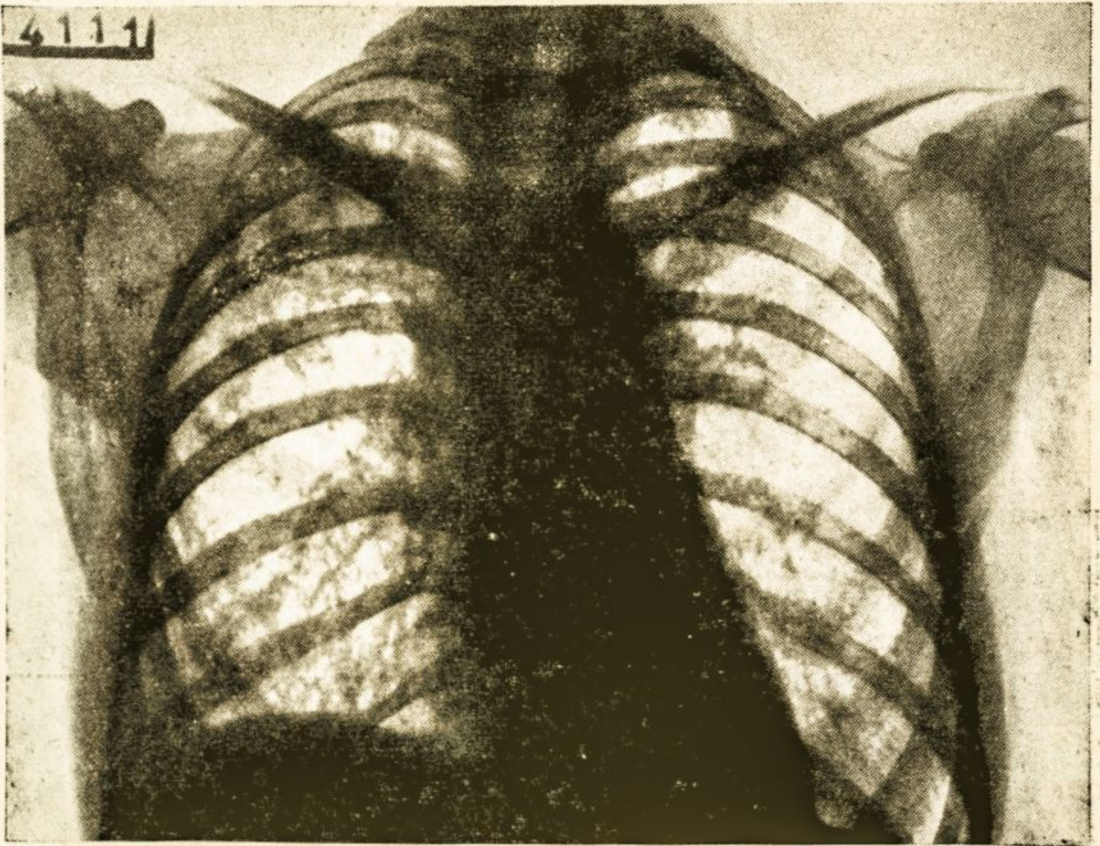


4 rentgenograma.
4-tą dieną po operacijos kaverna dešin. plaučių viršūnėje rasta sumažėjusi ir jos tuštime matomas drenas.

Prieš intervenciją rentgenogramoję (žiūr. 3 atv.) matoma dešiniųjų plaučių viršūnėje didelė kaverna; aplink ją įvairaus didumo infiltratai; apatiniame $^{1}/_{3}$ smulkus dėmėtumas. Kairiųjų plaučių viršūnė dėmėta; po ryšiakauliu didelis pritemimas.

1938 XII 14 d. pritaikyta endokavitarinė aspiracija. Operacijos metu ir po operacijos jokių komplikacijų nebuvo. Temperatūra nepakilo, bet ilgesnį laiką pasiliko subfebrilė. Keletą dienų po intervencijos gautame iš kavernos turinyje buvo žymi dalis kraujo ir daug nekrozinių masių. Po savaitės laiko pradėjo mažėti kavernos skysčio kiekis ir pats skystis pastoviai darėsi skaidresnis. Nuo kovo mėn. pradžios minėtame skystyje tbc. bacilų neberandama. Rentgenograma (žiūr. 4 atv.) daryta 4-tą dieną po operacijos, rodo sumažėjusią kaverną ir dreną jos tuštime.

Bendras ligonės sveikatos stovis pastoviai gerėja: kosulys ir skrepliai išnyko; svoris priaugo. Pašalinus dreną po poros dienų (1939. III. 20 d.) padaryta rentgenograma (žiūr. 5 atv.), kurioje kavernos jau nebematyti.



5 rentgenograma.
Pasibaigus gydymui, kavernos dešin. plaučių viršūnėje jau nebematyti.

Iš šitų dviejų atsitikimų matome, kad kavernos, ir šituo būdu gydomos, nevienodai pasiduoda: pirmuoju atsitikimu kaverna mažėja palyginti greitai, o antrame žymiai lėčiau. Skirtinga gijimo eiga kiekvienu iš šitų dviejų atsitikimų galima paaiškinti nevienodu susirgimo laipsniu prieš pradedant gydymą; be to, pareina ir nuo paties organizmo jėgų ir jo imunobiologinių savybių, kurios kiekvieno organizmo gali būti skirtingos. Bet tiek pirmasis, tiek ir antrasis atsitikimas rodo, kad

šituo būdu galima panaikinti kavernos, ir patvirtina aukščiau išvardytus teorinius samprotavimus.

Čia ypač krinta į akis nepaprastai greitas kavernų nykimas. Galima primesti, kad mechanišku būdu sutrauktas audinys dar nereiškia pagijimo, nes visiškai pagijusiomis kavernos galima laikyti tik tuomet, kai jų suartėjusios sienelės susijungia skaidulinio jungiamojo audinio pagelba ir sudaro tvirtą randą. Be to, iki šiol buvo manoma, kad plaučių tuberkuliozinės kavernos ypatingai sunkiai gyjančios, nes reikalingos vidutiniškai 2—3 metų pneumotoraksinio gydymo. Literatūroje yra aprašyta atsitikimų, kur po kelerių metų gydymo pneumotoraksu rentgenologiški ir klinikos duomenys rodę visišką kavernų išnykimą; tačiau, mirus ligoniams atsitiktinai nuo kitų ligų, sekcijos metu buvusių kavernų vietoje rasti nedideli tuštimėliai su inkapsuliavusiomis kazeozinėmis masėmis.

Tat reiškia, kad tais atsitikimais kavernos dar nebuvo visiškai pagijusios. Bet, antra vertus, žinome, kad kartais po frenikoekzerezės kavernos sugyja daug greičiau — per 4—6 mėn. Toks žymus skirtumas gijime laiko atžvilgiu turi be abejojimo konkrečias priežastis. Šitas skirtumas galima paaiškinti tik skirtingomis biologinėmis sąlygomis, kurios susidaro plaučių audinyje del nevienodo minėtų kolapsinės terapijos metodžių mechaniško veikimo. Ypač svarbų vaidmenį vaidina pakitėjusi kraujo apytaka.

Yra įrodyta, kad suspaustuose plaučiuose yra sulėtėjusi kraujo bei lymfos apytaka ir pasunkėjusi medžiagų apykaita. Kraujo apytakai patikrinti, Monaldi atliko eksperimentus šiuo būdu: jis leido eksperimentiniams gyvuliams į veną po 50—60 kb. cm. tušo arba lithium karmino ir po 3 min. juos nužudydavo[4]). Šitos medžiagos lengvai praeina kapiliarų sieneles ir susirenka audinyje aplink kapiliarus. Tiriant plaučius mikroskopiškai sveikose, normaliai funkcijavusiose, plaučių dalyse aplink kapiliarus buvę rasta susirinkusių dažų, o tose dalyse, kur kapiliarai buvo užspausti, ar kitokiu būdu sunaikinti, dažų visai nebuvę. 1938 m. V. Monaldi, B. Ferretti ir E. Costantini tęsė tyrinėjimus ta pačia metode su šunimis ir beždžionėmis, sudarydami įvairų spaudimą pleuros tuštime[5]). Minėti autoriai priėję išvadą, kad, susitraukiant plaučiams, išjungiama kapiliarų funkcija, ir, juo didesnis spaudimas pleuros tuštime, tuo didesnis kapiliarų kiekis nustojąs funkcijavęs. Lieką tik stambesnieji kapiliarai, būtini kraujo cirkuliacijai palaikyti.

Del sutrikusios kraujo apytakos suspaustame plaučių audinyje susilaiko medžiagų apykaitos produktai ir toksinės medžiagos. Visa tat neigiamai atsiliepia naujo audinio regeneracijai ir kliudo kavernoms gyti.

Visai priešingi reiškiniai vyksta, gydant endokavitarine aspiracija. Nuolatos siurbiant pašalinamos iš kavernos tuštimo kazeozinės masės ir destrukcijos produktai, o kartu su patologiniu kavernos sekretu ir toksinės medžiagos. Nuolatinis neigiamas spaudimas padeda suartėti kavernos sienelėms, kurios, apvalytos nuo nekrozinių masių, yra linkusios gyti kaip ir kiekvienas gyvas audinys.

Be to, neigiamas spaudimas kavernos tuštime padeda išsiplėsti atelektaziniam perikavitariniam audiniui ir palengvina kraujo praėjimą. Pagerėjus kraujo apytakai, geriau maitinamas plaučių audinys ir lengviau pašalinami medžiagų apykaitos produktai.

Nors kol kas dar nepažįstama gerai visų pakitėjusių biologinių faktorių ir jų reikšmės gijimui, bet teigiamu jų veikimu netenka abejoti, nes už tai kalba gauti gydymo rezultatai. Iki šiol gydyti atsitikimai ne tik pateisina šito būdo vartojimą terapijoje, bet taip pat rodo, kad plaučių tuberkuliozinės kavernos yra labai linkusios gyti.

Tenka pripažinti, kad šita intervencija, kaip ir kiekviena kita operačija, sudaro kai kuriuos pavojus ligoniui, bet prisilaikant tinkamos technikos komplikacijos žymiai sumažėja.

Dėkoju savo gerb. mokytojui prof. V. Monaldi už leidimą paskelbti čia aprašytus atsitikimus ir už suteiktus man galimumus praktiškai atlikti techniškąją gydymo dalį.

NAUDOTOJI LITERATŪRA.

1. J. Argemi Hoveras: Bases teoricas de la aspiracion endocavitaria de Monaldi. „Medicina Espanola" 1939, marzo.
2. V. Monaldi: Tentativi di aspirazione endocavitaria delle caverne tubercolare del polmone. „Lotta contro la tubercolosi". Anno IX, Nr. 9, Septembre del 1938.
3. V. Monaldi: Procedimento di aspirazione endocavitaria delle caverne tubercolare del polmone. Basi teoriche. „Annali dell'Istituto „Carlo Forlanini". Anno II, Nr. 10.
4. V. Monaldi: Di una nuova madalita di studio della irrorazione sanguigna del polmone. „Annali dell'Istituto „Carlo Forlanini". 1938 m. 1 nr.
5. V. Monaldi, B. Ferretti ir E. Costantini: La circolazione nei piccoli vasi del polmone sottoposto a pneumotorace sperimentale. „Annali dell'Istituto „Carlo Forlanini". 1938 m. 11—12 nr.

Dr. Aldona Birutavičienė.

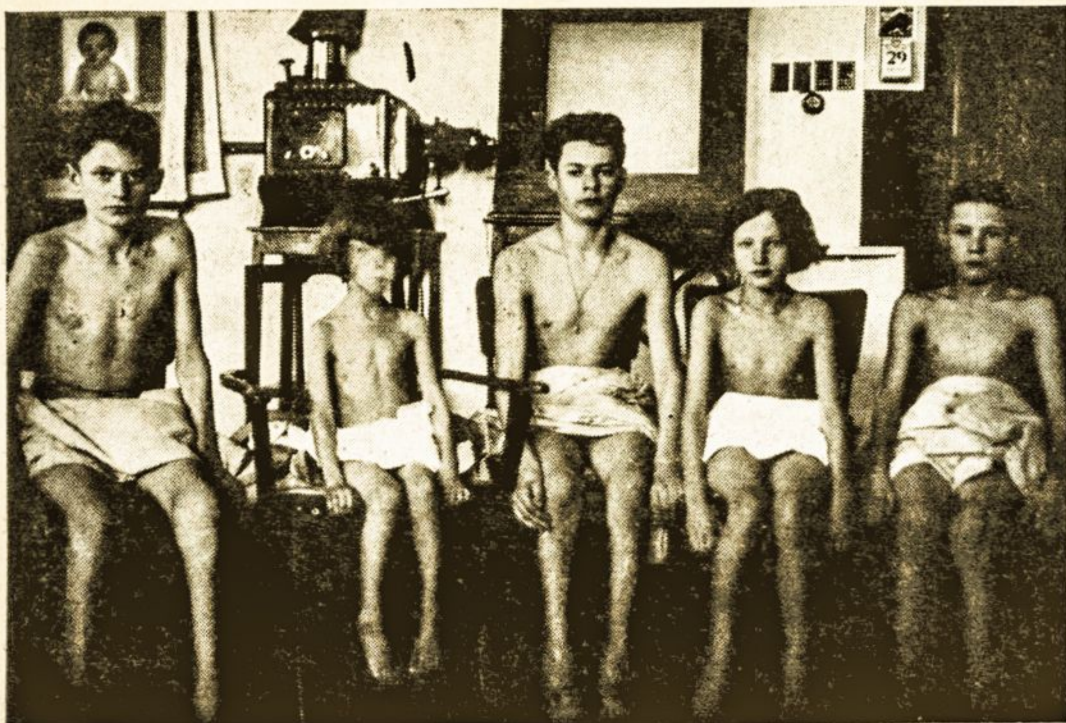
Paveldimų pyramidalinės sistemos susirgimų atsitikimai Lietuvoje.

(V. D. U. Vaikų ligų klinika. Direktorius — prof. V. Tumėnienė).

I.

Penki Charcot-Marie ligos (neuralinės raumenų atrofijos) susirgimai toje pačioje šeimoje.

1937 m. sausio mėn. Socialinės apsaugos inspekcija atsiuntė į Vaikų kliniką penketą P-kių šeimos vaikų, 3 berniukus ir dvi mergaites, kad būtų ištirta jų sveikata, nes vaikai, atvykę iš kaimo, prašę pašalpos ir sakęsi visi sergą nepagydoma liga. Klinikoje klausinėjami vaikai sakėsi kilę iš sveikos šeimos (?), tik jų motina esanti kiek silpnos sveikatos. Jų šeimoje būta iš viso 14 vaikų: 7 mirę maži (3 nuo difterijos, 2 maži nuo viduriavimo ir pora dvynukų — tuojau užgimę). Iš septynių likusių tik dvi vyresnės seserys esančios visai sveikos, o visi kiti penki sergą jau kelinti metai jiems nežinoma liga, kuri visiems prasidėjusi iš lėto, pamažu pradėję riestis kojų nykščiai, pėdos iškrypusios, blauzdos plonėjančios, vaikščiojimas sunkėjąs. Po kurio laiko susirietę rankų pirštai, rankos pradėjusios drebėti. Visi jie skundėsi taip pat dažnais, veriančiais skausmais raumenyse. Kiek skirtingas ligos vaizdas atrodė patiems vaikams jų 9 metų sesers, kuri susirgusi ne iš lėto, kaip jie visi, bet staiga, peršalusi; be to, jai esąs tik didelis raumenų nusilpnėjimas, sunku esą atsisėsti, apsiversti ant šono, sunku lipti; veriantieji skausmai raumenyse užeiną taip pat, kaip ir kitiems tos šeimos vaikams. (Žiūr. 1 atvaizdą).



1 atvaizdas.
Penki tos pačios šeimos nariai, sergą Charcot-Marie liga.

Giminėse apie panašius susirgimus vaikai nieko negirdėję.

Anamnezės papildymas: Atėjusi vėliau iš kaimo vaikų motina pasisakė serganti jau 10 metų rankų ir kojų „silpnumu". Liga prasidėjusi gana staiga, po dvynių pagimdymo, pradėjusios drebėti rankos, rankų ir kojų pirštai susirietę, raumenys nuo alkūnių ir nuo kelių žemyn pradėję džiūti; dabar jau beveik nebegalinti nieko dirbti ir be lazdų nebegalinti paeiti. Vaikų anamnezinius duomenis patvirtino. Giminėse apie panašias ligas negirdėjusi, bet juodu su vyru maža giminių beturį. Tarp savęs tėvai nėsą giminingi.

Čia pateikiu trumpas visų penkių šitos šeimos vaikų ligos istorijas:

1. **Ksaveras P.**, 14 metų, sirgti pradėjęs iš lėto; sulaukus 8 metų, pradėję riestis kojų nykščiai, paskui taip susirietusios kojų pėdos, kad nebegalėjęs vaikščioti, todėl prieš porą metų buvęs operuotas (achillotomia). Nuo 10 metų pradėję riestis rankų pirštai. Kartais turįs veriančių skausmų raumenyse. Pastaruoju laiku blogiau nesidarą, liga „lyg sustojusi vietoje". Vaikas mokyklos nelankąs, bet namie beveik visus ūkio darbus kol kas dirbąs.

Status praesens: Mityba gera. Intelektas normalus. Vidaus organai — nieko ypatingo. WaR neigiama.

Raumenų sistema: Raumenys labai stiprūs ir gerai išsivystę, išskyrus distalines galūnių dalis: rankų raumenys nuo alkūnės žemyn atrofiški, ypač plaštakų, kur, nykstant smulkiems delnų raumenukams ir susidarius tiesiamųjų raumenų kontraktūroms, rankos turi „vanago nagų" formą. Abiejų kojų raumenys nuo kelių žemyn taip pat atrofiški, kojų pėdos stipriai deformuotos, pasidarę pes equino-varus. Ryškus kontrastas tarp stiprių šlaunies raumenų ir atrofiškos blauzdos. Raumenyse pastebimi nepastovūs fibriliariški trūkčiojimai. Tiriant elektriškai raumenyse randama išsigimimo reakcija. Raumenų jėga visur gera, išskyrus plaštakų ir kojų pėdų: plaštakų jėga dešinėje silpnesnė, kaip kairėje, bet abiejose susilpnėjusi. Abi pėdos visai silpnos, negali jų pakelti (sumažėjusi jėga ir kontraktūros). Pseudohipertrofijos nėra.

Kaulų sistemoje ypatingų deformacijų, be įdubusios krūtinės ir abiejų kojų pes equino-varus, nėra.

Oda marmuriška, cyanoziška, šalta, ypač galūnėse. Paduose — hyperkeratosis. Užkulnyje matomi buvusios tendotomijos randai.

Nervų sistema: Vyzdžių reakcija normali, pateliariniai refleksai sunkiai gaunami, Achilles'o refleksų nėra; iš dalies sutrikęs odos jautrumas. Pilvo refleksai normalūs. Gilusis jautrumas normalus. Akių dugne — atrophia n. optici.

Statikos funkcijos: Gerai laiko galvą, laisvai atsisėda ir atsistoja, eina neprisilaikydamas, bet eisena spastiška ir pasisukimuose ataktiška. Lenktis ir laipioti gali laisvai.

2. **Alfonsas P.**, 12 metų amžiaus. Nuo 7 metų amžiaus pradėję traukti kojų gyslas, pėdos taip iškrypusios, jog tekę operuoti (tendotomia). Blauzdų raumenys darąsi vis minkštesni ir plonesni, rankų pirštai pradėję riestis ir rankų plaštakos vis silpnėjusios ir plonėjusios. Iki praeitų metų ligonis dar galėjęs lankyti mokyklą, bet, rankoms ir kojoms vis silpnėjant, jos lankyti daugiau nebegalįs.

Iki 7 metų buvęs stiprus ir sveikas. Sirgęs tik tymais.

Status praesens: Mityba vidutinė. Intelektas normalus. Vidaus organuose nieko ypatingo. Kojų oda marmuriška ir šaltoka. WaR neigiama.

Raumenų sistema: Viso kūno raumenys labai gerai išsivystę, išskyrus galūnių raumenis, ypač distalinius (nuo alkūnių ir nuo kelių žemyn), kur pastebima žymi atrofija. Visi mažieji plaštakų ir pėdų rau-

menys atrofavę, rankų pirštai kontrahuoti, „vanago nagai", kojų pėdos pes equino-varus padėtyje, su ypatingai stipria pirmojo piršto kontraktūra. Rankų ir kojų raumenyse yra fibriliariški trūkčiojimai. Išsigimimo reakcija stipriai pasireiškusi. Raumenų jėga visur labai gera, išskyrus pėdas ir plaštakas. Pseudohipertrofijų nėra.

Kaulų sistemoje, išskyrus minėtas deformacijas, kitų pakitimų nėra.

Nervų sistema: Pateliariniai refleksai labai gyvi, beveik kloniški. Odos jautrumas iš dalies sutrikęs. Gilusis jautrumas normalus. Abiejų akių nystagmus horizontalis. Akių dugnas normalus.

Statikos funkcijos: Galvą laiko gerai. Atsisėda ir atsistoja tik prisilaikydamas. Eisena spastiška, ataktiška. Pasilenkti ir lipti aukštyn beveik negali. Koordinuotiems rankų judesiams kliudo smulkus drebėjimas.

3. **Juozas P.**, 10 metų. Susirgęs pamažu 6-ais gyvenimo metais, pradėję riestis kojų nykščiai, kojos iškrypusios, kūnas pasidaręs gležnas ir minkštas, vėliau pradėję riestis rankų pirštai ir iškrypusios rankų plaštakos. Berniukas lig šiol lankęs mokyklą, nors vaikščioti jam esą labai sunku.

Prieš susirgimą buvęs stiprus vaikas, niekuo nesirgęs.

Status praesens: Vaiko išvaizda truputį degeneratiška, veidas paplokščias, viršugalvio užpakalinė dalis išsikišusi. Intelektas normalus. Vidaus organuose nieko ypatingo. Galūnių oda marmuriška. WaR neigiama.

Raumenų sistemoje žymi atrofija distalinėse rankų ir kojų dalyse, ypač stipriai atrofavę smulkieji plaštakų ir pėdų raumenys. Žymesnių kontraktūrų nėra, išskyrus rankų pirštų padėtį, „vanago nagus" ir nedidelį pes equino-varus. Rankose nedidelis raumenų trūkčiojimas. Raumenų jėga rankose ir kojose susilpnėjusi. Išsigimimo reakcija, tiriant elektriškai, tik iš dalies pasireiškia.

Nervų sistema: Vyzdžių reakcija normali. Akių dugnas normalus. Sausgyslių refleksai labai sunkiai gaunami. Odos refleksai gyvi. Gilusis jautrumas normalus. Odos jautrumas iš dalies sutrikęs. Romberg neigiamas.

Statikos funkcijos visos yra, išskyrus truputį pasunkėjusią spastiškai-ataktinę eiseną ir drebėjimo bei deformacijų apsunkintus judesius rankose.

4. **Elena P.**, 9 metų, susirgusi staiga, prieš 6 mėn.; karščiavusi ir turėjusi skausmus kojose, todėl 2 mėn. gulėjusi. Dabar vaikščiojanti, bet raumenys darąsi kas kartas silpnesni, rankomis jau beveik nebegalinti pakelti nei išlaikyti net pagalvės; eidama labai dažnai griūvanti ir sunkiai tegalinti pati atsikelti. Skundžiasi spontaniškais skausmais raumenyse. Maža būdama sirgusi tymais.

Status praesens: Neblogos mitybos. Odos spalva visur, išskyrus cyanoziškas galūnes, labai gera. Panniculus adiposus neblogai išsivystęs, bet audiniai nepaprastai minkšti ir suglebę. Intelektas normalus. Vidaus organai normalūs. WaR neigiama.

Raumenų sistema: Visi raumenys hipotoniški, visai gležni. Atrofijų beveik visai nėra, išskyrus vos žymius įdubimus rankų plaštakose ir kojų pėdose (atrophia incip. mm. interosseorum). Kontraktūrų nėra, išskyrus prasidedančias deš. klubo sąnaryje. Elektriškai tiriant, išsigimimo reakcijos nerasta.

Pasyvūs judesiai aprėžti tik deš. klubo sąnaryje.

Aktyvūs judesiai visi labai menki: ligonė vos pajudina pirštus, rankų aukštyn nebepakelia. Raumenys niekam jokio aktyvaus pasipriešinimo nerodo. Rankų ir kojų raumenyse pastebimas nenuolatinis, stambus drebėjimas, ypač imant ką nors rankomis.

Kaulų sistema: Scoliosis incipiens non fixata ir x-kojos. Kitų deformacijų ir iškrypimų nėra.

Nervų sistema: Sausgyslių refleksai labai gyvi, kartais kloniški. Babinski, Openheim, Brudzinski — neigiami. Odos refleksai normalūs. Romberg teigiamas. Rankose ir kojose yra ataksija.

Jautrumo sutrikimas temperatūrai, prisilietimui ir t. t. labai žymus. Akių dugnas normalus.

Statikos funkcijos: Atsisėsti gali tik prisilaikydama, atsistoja labai sunkiai, eisena ataktiška, pasisukimuose labai svyruoja.

5. Aleksandra P., 5 metų. Iki praeitų metų augusi sveika, paskui iš lėto pradėjusi vaikščioti pasistiebdama, dažnai parpuldavusi, todėl dabar vengianti vaikščioti, daugiausia sėdinti susirietusi. Rankų forma nepasikeitusi, bet kojų pirštai jau riečiąsi aukštyn ir pėdos krypstančios.

Status praesens: Distrofiška, kiek išblyškusi mergaitė, turgor vidutinis; vidaus organuose nieko ypatingo. Intelektas normalus. WaR neigiama.

Raumenų sistema: Visi raumenys vidutinio tonus'o, rankose, žemyn nuo alkūnių, ir keliuose, žemyn nuo kelių, matomos atrofijos. Pėdų raumenukai taip pat atrofavę ir kontrahuoti, pasidariusi pes equino-varus. Raumenų jėga nebloga. Vietomis pastebimas nepastovus, smulkus raumenų drebėjimas.

Nervų sistema: Prasidedanti atrophia n. optici. Sausgyslių refleksai labai gyvi. Ataksijos nėra. Išsigimimo reakcijos nėra.

Kaip matome iš ligos istorijų, visi 5 tos šeimos vaikai serga progresuojančia raumenų liga, kuri visiems prasidėjo pirmame gyvenimo dešimtmetyje, duodama pirmiausia būdingas galūnių deformacijas, k. a.: kojose pes equino-varus, vadinamosios „paukščių kojos" del kontrasto tarp normalios šlaunies ir plonos, atrofiškos blauzdos; rankose vadinamieji „vanago nagai" del dilbio ir smulkiųjų plaštakos raumenų atrofijos su antrinėmis pirštų kontraktūromis. Statikos funkcijos visiems vaikams kas kartas mažėja, pasireiškia greitas nuovargis ir jėgos nykimas.

Iš bendro šeiminio ligos vaizdo kiek skiriasi mergaitės Elenos (9 metų) ligos reiškiniai, kur vyrauja visų raumenų gležnumas ir minėtų deformacijų stoka. Vaizdas, daugiau primenąs poliomyelitis ant., bet šitai diagnozei prieštarauja progresuojąs ligos pobūdis, iškilę refleksai, jautrumo sutrikimas ir fibriliariškas drebėjimas raumenyse. Jos liga tenka laikyti variantu progresuojančios neuralinės raumenų Charcot-Marie tipo atrofijos, kuria serga jos 3 broliai ir 1 sesuo. Davidenkov savo knygoje „Paveldėtos nervų sistemos ligos" aprašo net 12 šitos ligos variantų. Jis ir kiti autoriai tvirtina, kad visų šitų šeiminių variantų esminis ligos anatominis pagrindas yra tas pats, būtent, pryšakinių ragų atrofija, periferinių nervų ir užapakalinių stulpų degeneracija.

Šita liga priskaitoma prie labai retų susirgimų. Curtius savo 1935 m. išleistame vadovėlyje priskiria ją taip pat prie labai retų ligų. Šita liga pasitaiko Europoje, Amerikoje ir Japonijoje.

Mus ji labiau įdomauja paveldėjimo atžvilgiu. Mūsų atsitikimais, kaip ir literatūroje aprašytais, vyrauja vyrai. Davidenkov linkęs manyti, kad šitos ligos paveldėjimas esąs dominuojančio, patriarchinio tipo. Curtius tvirtina, kad abiejų lyčių fenotipiniai asmenys gali perduoti ligą ateinančiai kartai. Kadangi pasitaiką ir sporadiškų susirgimų, tai šitos ligos paveldėjimo tipas tenka laikyti įvairiu, nepasiduodančiu schemai.

Mūsų atsitikimais ligą penkiems savo vaikams perdavė paveldėjimo būdu serganti ta pačia liga motina.

Socialinės higienos sumetimais tenka susirūpinti, kad šita nepagydoma liga nesiplėstų ateinančioje kartoje, atsižvelgiant į jos beviltišką prognozę ir sunkiai žalojančią darbingumą ligą. Mūsų atveju reikalinga defektyvių vaikų prieglaudoje izoliacija visų penkių jau sergančių vaikų ir jų griežta priežiūra ateityje, kad jie, subrendę, neduotų tautai labai nepageidaujamo sveikatos atžvilgiu prieauglio. Bet lieka dar nesena, galinti susilaukti daugiau vaikų, motina ir 2 suaugusios seserys. Nėsant įstatymo kovai su paveldimomis, kenksmingomis visuomenei ligomis, į tas tris moteris, turinčias savyje ligūstą gemalinį pradą, lieka tik moralinis spaudimas.

II.

Du Werdnig-Hoffmann'o ligos (spinalinės raumenų atrofijos) atsitikimai toje pačioje šeimoje.

1937 m. lapkričio 5 d. į kliniką atvyko šeima su dviem vaikais (5 ir 3 metų), kurie, tėvų žodžiais, gimę sveiki, paskui pradėję iš lėto sirgti ir dabar liga, nepaisant gydymo, abiem vaikams vis žengianti pirmyn. Abudu tėvai esą sveiki, tarp savęs ne giminės, turi namie dar vieną visai sveiką 7 metų mergaitę. Giminių tarpe nei apie tokį, nei apie panašų susirgimą nieko nėsą girdėję (Žiūr. 2 atvaizdą).

Paguldytų ištyrimui vaikų ligos istorijų ištraukos šitaip atrodo:

1. **Anelė,** 5 metų amžiaus, pirmaisiais metais gerai augusi, laiku pradėjusi laikyti galvutę ir sėdėti. Į metų pabaigą tėvai pastebėję ypatingą jos kojų silpnumą. Begydoma nuo rachito, ne tik kad nepradėjusi nei stovėti, nei vaikščioti, bet kojos ir rankos vis ėjusios silpnyn ir plonyn, pėdos nukrypusios į šalį, per sąnarius mergaitė nustojusi kojytes lanksčiusi. Po trijų metų nustojusi sėdėjusi, nugara susimetusi į kuprą ir iškrypusi į šalį. Dabar ne tik rankos ir kojos, bet ir visas kūnelis labai sulieseję.

Kalbėti pradėjusi laiku. Dabar kalbanti viską aiškiai, atmintį turinti gerą, mokanti daug eilių ir dainelių.

Status praesens: Labai išblyškusi, liekna, smulkių kaulų, liesutė mergaitė. Vidaus organuose nieko ypatingo. Tbc. nerasta. WaR neigiama. Svoris 13.350 gr. Ūgis normalus.

Raumenų sistema: Visi raumenys gležni, žymiai atrofavę, ypač galūnių, dubens, nugaros ir veido, išskyrus gana stambias pėdas. Kojų sąnariuose gana didelės kontraktūros. Abiejų kojų pes equinus. Vietomis raumenys rodo fibriliariškus tūkčiojimus, ypač liežuvio raumenys. Išsigimimo reakcija ne visiškai pasireiškusi.



2 atvaizdas.
Du tos pačios šeimos nariai, sergą Werdnig-Hoffmann'o liga.

Kaulų sistema: Didelis nugaros kypho-scoliosis.

Statikos funkcijos: Vos laiko pakeltą galvutę, neapsiverčia ant šono, nesėdi, kojų nekilnoja, rankas vos bepakelia, negali pati šaukšto išlaikyti.

Nervų sistema: Sausgyslių, odos refleksai visai negaunami. Akyse pakitimų nėra. Jautrumas normalus.

Intelektas normalus.

2. Ramutis, 3 metų amžiaus. Gimęs normaliai. Iki 7 mėn. gerai augęs, gyvai judėjęs, statomas gerai rėmęsis kojomis, laikęs galvą, buvęs pradėjęs sėdėti, bet antrame pusmetyje pamažu nustojęs rėmęsis kojomis, judesiai pasidarę vangūs ir silpni; metų pabaigoje nustojęs ištiesti kojas per kelius. Dabar vis iš lėto silpnėjančios rankos ir vaikas einąs liesyn, nors gerai valgąs ir niekuo nesiskundžiąs.

Status praesens: Vidutinės mitybos, gana geros odos spalvos berniukas. Panniculus adiposus visur vidutinis, kojų pėdose, blauzdose, rankų plaštakose atrodo kiek padidėjęs. WaR neigiama. Tbc. r. neigiama.

Raumenų sistema: Vietomis aiškiai matoma raumenų atrofija, ypač blauzdose, dilbiuose, dubens srityje, nugaroje. Raumenų jėga visur labai silpna. Kojų sąnariuose yra kontraktūros. Liežuvio raumenyse matomas fibriliariškas drebėjimas.

Kaulų sistema: Caput quadratum, krūtinės ląsta varpo formos, sternum labai įdubęs. Nedidelis ir nefiksuotas kypho-scoliosis. Abiejų kojų pes equino-varus.

Nervų sistema: Sausgyslių refleksai išnykę. Jautrumas normalus. Akyse pakitimų nėra. Tiriant elektriškai rasta dalinė išsigimimo reakcija.

Čia turime spinalinės raumenų atrofijos (Werdnig-Hoffmann'o) taip pat šeiminį susirgimą, be nustatyto paveldėji-

mo, su aiškesniu ir vieningesniu ligos vaizdu: abu vaikai gimę sveiki, pradėję sirgti pirmais gyvenimo metais, didžiųjų raumenų atrofija vystosi simetriškai ir gana greitu tempu, pseudohypertrofijos nėra, atsiranda deformacijų kaulų sistemoje ir kontraktūrų sąnariuose, statikos funkcijos gęsta, refleksai išnyko, odos jautrumas ir intelektas lieka normalūs. Erb'o reakcija teigiama.

Ligos vaizdas primena poliomyelitis ant., tačiau prieštarauja pastarajam savo lėta pradžia ir aiškia tendencija progresuoti.

Lokalizacijos atžvilgiu tenka liga diferencijuoti nuo dystrophia muscul. progr., bet prieš ją pasisako mūsų atsitikimais ligos pradžia pirmaisiais metais, teigiama Erb'o reakcija, stoka pseudohipertrofijų ir greitas žengimas pirmyn.

Myatonia congenita (Oppenheim) prasideda pirmųjų gyvenimo metų pirmojoje pusėje, iš karto pasižymi nepaprasta visų raumenų hypotonia, turi tendenciją gerėti ir beveik niekada nesikartoja vienoje šeimoje. Šita paskutinė aplinkybė verčia ją griežčiau skirti nuo Werdnig-Hoffmann'o ligos.

Anatomiškai daugumos autorių randama šitai ligai būdingų patologiškų pakitimų nugarkaulio smegenyse, būtent, pryšakinių ragų narvelių ir jų skaidulių degeneracija.

Paveldėjimo prasme ligi šiol literatūroje dar nesutinkamas aiškus ligos šaltinis. Nei vienos aprašomos šeimos vaikų, nei sporadiškų atsitikimų nebuvo rasti sergantieji tėvai ar protėviai. Yra tendencija manyti, kad liga persiduodanti per motiną, neturinčią manifestacinių ligos reiškinių.

Profilaktiškai tektų daugiausia dėmesio kreipti į fenotipiškai sveiką seserį ir patarti vaikų motinai vengti turėti daugiau vaikų, o patys aprašytieji pacientai veikiausiai nesulauks vaisingumo amžiaus ir todėl paveldėjimo prasme visuomenei nebus pavojingi.

Abudu čia aprašyti heredo-degeneraciniai nervų sistemos susirgimai pagal Berlyno paveldėjimo patologijos instituto vedėjo Curtius'o klasifikaciją priklauso pyramidalinės sistemos paveldimų susirgimų grupei. Mūsų klinikoje pasitaikė pirmą kartą šeiminių susirgimų forma. Kiti ligoniai buvo tik sporadiški.

LITERATŪRA:

1. Babouneit et A. Thévenard: Affections familiales du système nerveux. Traité de medecine des enfants. T. V. 1934.
2. Curtius: Die organischen und funktionellen Erbkrankheiten des Nervensystems. 1935.
3. Davidenkov: Nasledstvennije bolezni nervnoi sistemi. 1925.
4. Eckstein: Krankheiten des Nervensystems einschlisslich funktionellen Neurosen. 1934.
5. Peritz: Nervenkrankheiten des Kindesalter. 1932.

ZUSAMMENFASSUNG.

Es werden 5 Fälle von Morbus Charcot-Marie in einer Familie beschrieben, wo die Mutter an derselben Krankheit nach einer Schwangerschaft erkrankte. Insgesamt waren in der genannten Familie 14 Kinder, 7 davon starben in früher Kindheit und es blieb unbekannt, ob sie von derselben Krankheit befallen waren oder nicht. Von 7 Lebenden waren nur zwei ältere Schwestern gesund.

In derselben kasuistischen Mitteilung wurden auch zwei Fällen von Werdnig-Hoffmann beschrieben.

Die Fälle wurden vom Gesichtspunkt der Vererburg und der sozialen Hygiene besprochen.

Gyd. T. Šiurkus.

Os naviculare manus fraktūros gydymas.

Rankos laivikaulio lūžimas, kuris labai dažnai pasitaiko darbininkams, sportininkams, šiandien yra skiriamas prie gana dažnai pasitaikančių rankos kaulų lūžimų; anksčiau jis beveik nebebuvo žinomas. Pagal R. Krömer'io statistikos duomenis, riešo kauliukų lūžimas sudaro 40,3% visų rankos kaulų lūžimų. O rankos laivikaulio lūžimas sudaro 27,2% visų riešo kauliukų lūžimų. Os naviculare manus dažniausiai nukenčia (Böhler, Garrè) iš visų riešo kauliukų. Bet dažnai rankos laivikaulio lūžimas būna nepastebėtas ir laikomas distorzija arba kontūzija, gydoma kompresais, masažais, įvairiomis lempomis (Borchard). Patobulėjus rentgeno fotografavimo technikai (Böhler), visuomet pasiseka rasti rankos laivikaulio lūžimas.

Os naviculare manus fraktūra paprastai įvyksta krintant ant ištiestos rankos arba smarkiai delnu atsiremiant. Doc. V. Kuzma turėjo vieną tokį gana būdingą atsitikimą, kur rankos laivikaulio lūžimas įvykęs gimnastikos mokytojui. Gimnastikos pratimų metu mokytojas ėjo pirmas, o visi mokiniai iš užpakalio virtine vienas paskui kitą. Taip beeinant del kaž kurios priežasties prasidėjo stūmimasis priekin. Tuo tarpu mokytojas buvo visai arti sienos ir, bijodamas susimušti galvą, atsirėmė į sieną kairiosios rankos delnu, ir tuo momentu įvyko fractura ossis navicularis manus sin. Kitais metais tam pačiam mokytojui vėl lūžo dešiniosios rankos laivikaulis kažin kuriuo būdu gimnastikos pratimų metu.

Rankos laivikaulis dažniausiai lūžta skersai; pasitaiko ir įstrižų lūžimų, bet žymiai rečiau. Skersas os naviculare manus lūžimas dauguma atsitikimų būna viduriniame trečdalyje. Retai kada skersas laivikaulio lūžimas tepasitaiko centriniame ar periferiniame trečdalyje. Kartais pasitaiko lūžimas ir tuberositas ossis navicularis srityje, bet labai retai.

Simptomai. Lūžus laivikauliui, jaučiamas didesnio ar mažesnio laipsnio lokalizuotas riešo sąnaryje skaudamumas (B ö h l e r), kuris ypač didėja judinant ranką per riešo sąnarį. Lokalizuoti skausmai (D e m e l, G a r r è) ypač būdingi vadinamoje anatominėje tabakinėje. Kartais su laivikaulio lūžimu pasitaiko volarinis os lunatum išnirimas ir del to įvyksta nervus medianus spaudimas, kuris duoda gana stiprius skausmus. Tais atvejais volarinėje pusėje būna iškilimas ir palpuojant didelis skausmingumas os naviculare srityje. Tais atvejais kumščio suspaudimas yra labai pasunkėjęs arba tiesiog negalimas (D e m e l).

Os naviculare fraktūros atvejais beveik visuomet yra aprėžta rankos funkcija riešo sąnaryje.

Daugiau yra aprėžta ir skausminga ekstenzija negu fleksija. Kartais skausmai būna labai maži, mažai aprėžta funkcija ir sužeistasis net kurį laiką dirba savo darbą, jausdamas didesnius ar mažesnius skausmus. Patinimas dažniausiai nedidelis, tik aprėžtas, lokalizuotas riešo srityje, o kartais pasitaiko net labai didelio laipsnio, bet labai retai.

Diagnozė. Diagnozė fractura ossis navicularis manus dažniausiai yra nesunki (R. K r ö m e r). Skausmingumas palpuojant dažniausiai yra aprėžtame plote. Palpuojant ranką iš centro distaliai galima pastebėti, kad proc. styloideus ulnae et radius neskausmingi, o skausmingumas yra jaučiamas kiek žemiau. Panašiai galima nustatyti skausmingumo ribos ir iš kitų šonų palpuojant. Nors, pasak R. K r ö m e r'io, fractura ossis navicularis manus diagnozė yra nesunki, bet nepadarius rentgenogramos neįmanoma (D e m e l, B ö h l e r). Nevisuomet ir rentgenograma tepadeda lūžusio rankos laivikaulio diagnozei, nes lūžimo vietoje plyšys dauguma atsitikimų būna labai siauras, dislokacija maža ir tuo būdu dažnai fraktūra lieka nepastebėta. Jei yra įtarimas fractura ossis navicularis manus, būtina tuojau daryti rentgenograma, o jei joje fraktūros nesimato, tada, jei yra įtarimas (K r ö m e r), po 10 d. vėl fotografuojama ir tuo būdu dauguma atsitikimų pasiseka surasti laivikaulio lūžimas.

Be to, labai svarbu ir pats fotografavimo būdas (B ö h l e r). Jei yra fotografuojama ranka dorsovoliariai (en face) arba iš šono, esant ištiestiems pirštams, tada labai retai tegalima pastebėti rentgenogramoje rankos laivikaulio lūžimas.

Norint aiškiai pastebėti rentgenogramoje fractura ossis navicularis manus, reikia fotografuoti ranka sugniaužus kumštį. Jeigu fotografuojama ranka dorsovoliariai ištiestais pirštais, tada rankos laivikaulis stovi beveik vertikaliai filmos kasetei ir tuo būdu siauras laivikaulio lūžimo plyšys yra padengiamas paties laivikaulio. Jei ranka yra fotografuojama

sugniaužus kumštį, tada rankos laivikaulis guli horizontaliai filmos kasetei ir tuo būdu laivikaulio lūžimo plyšys sutampa su rentgeno spindulių kryptimi ir todėl yra užfiksuojamas rentgenogramoje. Dar geriau fractura ossis navicularis manus yra pastebima rentgenogramoje, jei ranka yra fotografuojama per pusę sulenktais pirštais, pusiau supinacijos padėtyje, 45° kampu.

Esant vien tik rankos laivikaulio paprastam, nekomplikuotam lūžimui, plyšys visuomet būna labai siauras, todėl sunkiai pastebimas, dažnai net fotografuojant ranką per pusę sulenktais pirštais, pusiau supinacijos padėtyje, 45° kampu yra sunkiai pastebimas. Jeigu yra ne tik laivikaulio lūžimas, bet ir interkarpalinis išnirimas, tada būna didelė dislokacija ir laivikaulio lūžimas yra labai aiškiai matomas rentgenogramoje.

Gydymas. Os naviculare manus, pasak L e x è r'io, kraują gaunąs iš rete capri pro du smulkius kraujo indus. Vienas indas įeina į laivikaulį dorsalinio paviršiaus viduryje, o antras — prie tuberositas ossis navicularis manus įeina į kaulą, todėl rankos laivikaulis yra labai menkai aprūpintas kraujo indais. Del menko aprūpinimo kraujo indais os naviculare manus lūžimas gyja labai iš lėto, panašiai, kaip fractura coli femoris intracapsularis, nes iš periferinės laivikaulio dalies kraujo indai turi įaugti į centrinį. Pagal S c h n e k'ą, jei laivikaulio lūžimas eina per periferinę jo dalį, tada abi kaulo dalys krauju esančios aprūpinamos gerai; o jei lūžimas yra arti centrinio laivikaulio galo, tada šis lieka be maisto ir ilgainiui miršta, jei nėra pakankamai ilgai išlaikyta fiksacija, kuri yra būtina, kad nejudėtų lūžusio laivikaulio galai ir galėtų smulkūs kraujo indai įaugti iš vienos laivikaulio dalies į antrą. Jei laivikaulio lūžimas eina per vidurį, tada kartais gali nutrūkti pagrindinis kraujo indas ir centrinė laivikaulio dalis, negaudama maisto, miršta, nepaisant, kiek ilgai bus laikoma fiksacija. Gana greitai gyja tais atvejais, kada laivikaulio lūžimas yra ekstrakapsuliarinis, prie tuberositas ossis navicularis. Dažniausiai pasitaiko laivikaulio rankos lūžimas intrakapsuliariškai, tada gijimas gana ilgai užtrunka; todėl anksčiau vyravo tokia nuomonė, kad minėtas lūžimas niekuomet nesugyja, bet visuomet išsivysto pseudoarthrosis, kuris labai apsunkina rankos funkciją. B o r c h a r d mano, kad lūžusio laivikaulio prognozė dažnai esanti bloga: rečiau išsivystanti pseudoarthrosis negu nekrozė. Kadangi anksčiau visuomet išsivystydavo pseudoarthrosis, labai apsunkinanti rankos funkciją, tai dauguma autorių siūlė operatiškai pašalinti atlūžusią laivikaulio dalį.

Paskutiniu laiku fractura ossis navicularis manus dažniau gydoma konservatiškai, nors kai kurie autoriai ir tvirtina, kad lūžusio rankos laivikaulio pašalinimas duodąs gana gerus

rezultatus per trumpą laiką, bet vis delto bet kurio nors organo pašalinimas nėsąs tas pats, kaip jo išgijimas. L. Böhler sako: „Operacijos būdu pašalinant lūžusį rankos laivikaulį, ranka pasidaro bejėgė. Kartais pasitaiko, kad nepašalinamas tas kauliukas, kuris reikia. Be to, yra didelis infekcijos pavojus". Žodžiu, pasak Böhler'io, operatiškas fractura ossis navicularis manus gydymas kartais esąs net pavojingas gyvybei; o paprastai duodąs blogus rezultatus, todėl jis visuomet rekomenduoja tiktai konservatiškąjį gydymą, kuris jo patyrimu ir pagal jo naudojamą gydymo techniką duodąs kuo puikiausius rezultatus, su visišku darbingumo grįžimu, ypač šviežiais atsitikimais.

Gipsas. Konservatiškam os navicualre manus gydymui Böhler naudojo tik sužeistosios rankos fiksaciją riešo sąnaryje pagelba dorsalinio gipsinio įtvaro, iki įvyks visiška lūžusio laivikaulio konsolidacija. Gipsinis įtvaras daromas apie 20—25 cm. ilgio, 10—12 cm. pločio. Toks įtvaras dedamas be pamušalo (vatos) dorsalinėje rankos pusėje, rankai esant tarp pronacijos ir supinacijos. Jis eina nuo delnakaulių galvučių ligi alkūnės ir yra fiskuojamas cirkuliariniais gipsiniais bintais. Dedant gipsinį įtvarą radialinė plaštakos addukcija nepatartina, tedarytina nedidelio laipsnio ulnarinė abdukcija (L. Krömer, Schnek).

Svarbu uždėti gipsinis įtvaras taip, kad nenukentėtų, nesutriktų kraujo apytaka. Dedant dorsalinį be pamušalo gipsinį įtvarą, beveik niekuomet nepasitaiko kraujo apytakos sutrikimo. Po 2—4 dienų atslūgsta tinimas, jei jis buvo. Uždėjus įtvarą svarbu, kad būtų judinami pirštai, alkūnė ir peties sąnarys, nes tat pagerina kraujo apytaką. o esant gerai kraujo apytakai, tuojau atslūgsta tinimas ir pranyksta skausmai. Lūžusio kaulo gijimui yra būtinos trys sąlygos: laikas, ramybė ir gera kraujo apytaka.

Laikas. Fractura ossis navicularis manus atveju dorzalinis be pamušalo gipsinis įtvaras yra dedamas šešioms savaitėms (Schnek, Krömer) ir, jei per tą laiką laivikaulio lūžimas nesugyja, tada tenka ir ilgiau laikyti fiksuota ranka su gipsiniu įtvaru (Böhler). Dauguma rankos laivikaulio lūžimų sugyja per šešias savaites (Krömer). Bet jei po šešių savaičių taip fiksavus randama dar nevisiška lūžusio laivikaulio konsolidacija, tada uždėtinas naujas gipsinis įtvaras 4—6 savaitėms. Ir, pasak Böhler'io, visuomet šviežias laivikaulio lūžimas sugyjąs ne vėliau kaip per 4 mėnesius. Svarbu, kad per tą laiką sužeistasis dirbtų (Krömer, Böhler).

Fiksacija. Lūžusiam kaului fiksuoti, kad jis nejudėdamas lūžimo vietoje galėtų suaugti, yra naudojamas gipsas—gipsinis tvartis su pamušalu—vata. Böhler sako, kad gipsas

su pamušalu tinkąs tik transportui, bet ne lūžusiam kaului gydyti, nes del vatinio pamušalo dažnai įvykstanti lūžusio kaulo dislokacija, nes nėsą visur vienodo spaudimo; be to, dažnai pasidarąs decubitus del nevienodo spaudimo (G a r r è, B ö h l e r, S c h n e k). O jeigu gipsas dedamas be pamušalo, tada spaudimas esti vienodas visame įgipsuotos galūnės paviršiuje, todėl nėra jokio pavojaus pasidaryti praguloms.

Dedant be pamušalo gipsą, odos negalima nei skusti, nei įtepti kuriais nors riebalais bei tepalais (K r ö m e r). Jei yra odos paviršiuje plaukai, tada gipsas susijungia su odos plaukais ir tuo būdu tvirtai ir vienodai laikosi. Kada oda ištepama riebalais prieš dedant gipsą, tada gipsas nustoja savo patvarumo (B ö h l e r, S c h n e k).

K r a u j o a p y t a k a. Lūžusio kaulo gijimui yra svarbi gera kraujo apytaka. Kartais po fraktūros būna didelis kraujo išsiliejimas, del kurio susidaro didelis galūnės ištinimas. Kartais uždėjus gipsą, tinimas didėja, todėl gali visai arba iš dalies sutrikti kraujo apytaka, kas pasireiškia dideliais skausmais, dideliu pirštų ištinimu ir pamėlynavimu, jautrumo ir judrumo sumažėjimu arba net visišku pranykimu. Tokiais atsitikimais kraujo apytakos sutrikimui išvengti svarbu perskelti gipsas, kas fiksacijai visai nekenkia, bet tik restauruoja kraujo apytaką. Esant gerai kraujo apytakai, kaulų gijimas eina gerai, neišsivysto nei raumenų, nei kaulų atrofijos (B ö h l e r).

Nuo 1938. II. 10 d. iki 1939. IV. 10 d. Draudimo Kasos ambulatorijose esu turėjęs 10 fractura ossis navicularis manus atsitikimų. Iš tų 10 atsitikimų 3 atvejais buvo kombinuota fractura ossis navicularis manus su fractura radii loco typica.

1. K St., darbininkas, 35 metų. 1938. IV. 9 d. atėjo į ambulatoriją, skųsdamasis skausmais ir negalėjimu judinti dešiniosios rankos riešo sąnaryje. Prieš para bedirbdamas kritęs ant dešiniosios rankos ir ją susimušęs. Po to atsiradę skausmai sumuštoje rankoje, negalėjęs jos judinti ir turėjęs nutraukti darbą.

S t a t u s s p e c i a l i s. Dešinioji ranka riešo sąnaryje truputį patinusi, palpuojant skausminga, aktyviai ar pasyviai judinant skausmai didėja. Ypač aprėžta ekstenzija. Padarius rentgenogramą, rasta fractura ossis navicularis manus d. Uždėtas dorsalinis be pamušalo gipsinis įtvaras. Per 6 savaites laivikaulio lūžimas nesuaugo, todėl pacientas pats panoro operuotis, kad greičiau pasveiktų. Vienoje privatinėje ligoninėje vietinėje novokaino anestezijoje buvo pašalinta lūžusio laivikaulio skeveldra, kuri per šešias savaites neprigijo. Po 1 mėnesio po operacijos pacientas pradėjo dirbti, nors dar paslankumas riešo sąnaryje buvo aprėžtas ir jaučiamas skaudamumas. 4 mėnesiams praslinkus minėtas darbininkas buvo patikrintas. Operuotoji ranka visiškai paslanki riešo sąnaryje, judinant ir dirbant jokių skausmų nebejaučia.

2. K. F., darbininkas, 29 metų amžiaus. Atėjo 1938. X. 18 d. į ambulatoriją, skųsdamasis skausmais ir negalėjimu judinti kairiosios rankos riešo sąnaryje. Prieš tris valandas bedirbdamas statybos darbus nukritęs nuo laiptų ant kairiosios rankos.

S t a t u s s p e c i a l i s. Kairioji ranka riešo sąnaryje stipriai ištinusi, judinant ir palpuojant labai skausminga. Judesiai tiek aktyvūs,

tiek pasyvūs visai negalimi. Padaryta rentgenograma ir rasta fractura ossis navicularis manus sin. et fractura radii loco typica su didele dislokacija. Vietinėje novokaino anestezijoje buvo padaryta repozicija ir uždėtas dorsalinis gipsinis įtvaras be pamušalo. Praslinkus 4 dienoms tinimas beveik visai atslūgo, skaudamumas pranyko, pirštų paslankumas beveik normalus, neskausmingas. Patarta judinti kiek galint daugiau ranka peties ir alkūnės sąnariuose. Tik pronacija ir supinacija skausmingos.

Po 6 savaičių nuimtas gipsas ir patikrinta rentgenologiškai. Laivikaulio lūžimo vietoje callus dar menkas, todėl uždėtas dar 4 savaitėms naujas gipsinis įtvaras. Po to įvyko visiška lūžusio laivikaulio konsolidacija. Nuėmus antrąjį gipsinį įtvarą, tiek aktyviai, tiek pasyviai judinant kairiąją ranką riešo sąnaryje, jaučiamas dar skaudamumas, ypač ekstenzijos metu. Judrumas visomis kryptimis aprėžtas. Buvo patarta daryti kasdien aktyvūs judesiai ir po 2 savaičių visai pranyko skaudamumas ir grįžo į normą paslankumas.

3. Š. V., 25 metų amžiaus, darbininkas. Atėjo į ambulatoriją 1939. I. 31 d., skųsdamasis skausmais kairiosios rankos riešo sąnaryje. Prieš kelias valandas iškritęs iš vežimo užgaudamas kairiąją ranką.

Status specialis. Kairioji ranka riešo sąnaryje stipriai ištinusi, judinant ir palpuojant labai skausminga. Tiek aktyvūs, tiek pasyvūs judesiai nebegalimi. Rentgenogramoje matyti fractura ossis navicularis manus sin. et fractura radii loco typica su didele dislokacija. Vietinėje novokaino anestezijoje padaryta repozicija ir uždėtas 6 savaitėms be pamušalo gipsas. Praslinkus 5 dienoms tinimas atslūgo, skaudamumas žymiai sumažėjo, pirštai visiškai paslankūs. Patarta kiek galint daugiau daryti aktyvūs judesiai. Po 6 savaičių nuimtas gipsinis įtvaras ir patikrinta rentgenologiškai. Spindulinis kaulas sugijęs gerai, bet laivikaulio lūžimo vietoje callus menkas, todėl vėl uždėtas naujas gipsinis įtvaras 4 savaitėms. Nuėmus antrąjį gipsinį įtvarą, po 4 savaičių padaryta rentgenograma — callus geras, tik likęs skaudamumas ir judrumo sumažėjimas. Po dviejų savaičių, darant aktyvius judesius, skaudamumas visai pranyko, tik dar liko kiek sumažėjusi ekstenzija.

4. S. O., 32 metų amžiaus, darbininkė. Atėjo į ambulatoriją 1938. XII. 9 d. su skausmais kair. rankos riešo sąnaryje. Prieš parą bekrisdama nuo kopėčių užsigavusi kair. ranką, kuri tuoj pradėjusi smarkiai skaudėti, labai ištinusi, negalėjusi visai jos pajudinti.

Status specialis. Kairioji ranka riešo sąnaryje labai ištinusi ir skaudama, tiek aktyvūs, tiek pasyvūs judesiai nebegalimi. Rentgenogramoje matoma fractura ossis navicularis manus sin. et fractura radii loco typica su didele dislokacija. Tuoj vietinėje anestezijoje padaryta repozicija ir uždėtas be pamušalo dorsalinis gipsinis įtvaras. Po 6 dienų tinimas atslūgo, skaudamumas sumažėjo, pirštų paslankumas pagerėjo; praėjus 6 savaitėms nuimtas gipsinis įtvaras ir patikrinta rentgenologiškai. Lūžusio laivikaulio callus dar menkokas, todėl dar uždėtas 4 savaitėms gipsinis įtvaras. Po to — callus geras, pasyviai judrumas žymiai sumažėjęs visomis kryptimis, aktyviai pati visai nebejudina, nes labai skauda. Po dviejų savaičių judrumas šiek tiek pagerėjo, skausmingumas sumažėjo, o po keturių savaičių jau grįžo į normą.

5. L. E., 22 metų amžiaus darbininkas, skrybėlių dirbėjas, atėjo į ambulatoriją 1938. XI. 29 d., skųsdamasis nedideliais skausmais ir judrumo sumažėjimu kairiosios rankos riešo sąnaryje. Prieš mėnesį kritęs ant kairiosios rankos atsiremdamas delnu į grindis ir tuojau pajutęs nedidelį skausmą riešo sąnaryje, judrumas truputį sumažėjęs, ypač buvusi sumažėjusi ir skausminga ekstenzija. Bet skausmai buvę nedideli ir darbui mažai tekliudę, todėl dirbęs toliau. Po kiekvieno sunkesnio darbo skausmai padidėdavę, ranka patindavusi, o pasilsėjus viskas praeidavę. Taip skausmams stiprėjant darbo metu, buvęs priverstas kreiptis į ambulatoriją.

Status specialis. Kairiosios rankos riešo sąnarys truputį patinęs, ekstenzija kiek aprėžta, negalis stipriai delnu atsiremti, nes skausmai smarkiai padidėją. Rentgenologiškai — skersas kairiosios rankos laivikaulo viduriniame trečdalyje lūžimas (žiūr. 1 rentgenogramą). Uždėtas dorsalinis be pamušalo gipsinis įtvaras. Po 6 savaičių patikrinta rentgenologiškai —callus menkas, todėl dar 6 savaitėms uždėtas gipsinis įtvaras ir po to callus dar buvo menkokas, todėl dar mėnesiui paliktas įtvaras. Šių metų balandžio 6 d. callus geras, skaudamumo nėra, paslankumas taip pat geras, kaulų išretėjimo nėra (žiūr. 2 rentgenogramą). Vadinasi, šituo atveju lūžusio laivikaulio gijimas užtruko ilgiau kaip 4 mėnesius, bet rezultatai gauti geri.



1 rentgenograma.
Lūžęs kairysis laivikaulis.



2 rentgenograma.
Sugijęs kairiojo laivikaulio lūžimas.

Kitais penkiais atsitikimais, kur buvo rankos laivikaulio lūžimas, konsolidacija įvyko per 6—7 savaites. Keturiais atvejais iš tų penkių buvo lūžęs kair. rankos laivikaulis ir tik vienu — dešiniosios.

Keturiais atsitikimais iš paskutiniųjų penkių tinimas buvo visai mažas, tik kiek labiau pasireiškę skaudamumas ir judesių sumažėjimas, ypač ekstenzija ir atsirėmimas delnu.

Vienu atveju buvo didelio laipsnio skaudamumas ir judesių sumažėjimas. Ne tik aktyviai ar pasyviai negalėjo pajudinti sužeistosios rankos riešo sąnaryje, bet ir pirštų negalėjo palenkti. Buvo padaryta rentgenograma ištiestais pirštais dviem kryptimis, bet jokio kaulo lūžimo nesimatė. 4 dienas dedant kompresus tinimas žymiai atslūgo, skausmai kiek sumažėjo, pirštų paslankumas pagerėjo. Padaryta kartotinė dviem kryptimis, sulenktais pirštais, rentgenograma, kaip anksčiau buvo kalbama, ir rastas įstrižas laivikaulio lūžimas.

Uždėtas dorsalinis be pamušalo gipsinis įtvaras ir per savaitę tinimas ir skausmai visai pranyko, o po 2 savaičių sužeistasis pradėjo vairuoti su sugipsuota ranka lengvą mašiną. Praslinkus 7 savaitėms įvyko visiška lūžusio laivikaulio konsolidacija.

Lentelė.

	Iš viso atsitik.	Vyr.	Mot.	Operuot. sk.	Neoper. sk.	Fract. radii loco typic.	Kuri ranka		Lūž. forma	
							Kair.	deš.	skers.	įstr.
	10	9	1	1	9	3	8	2	7	3
%%	100%	90%	10%	10%	90%	30%	80%	20%	70%	30%

Peržiūrėję tą dešimtį rankos laivikaulio lūžimų atsitikimų, matome iš dedamos lentelės, kad kairioji ranka del kaž kurių priežasčių dažniau nukenčia negu dešinioji, santykyje 4:1.

Lūžimo forma dažniau pasitaiko (7:3) skersa negu įstriža.

Trimis atvejais iš dešimties atsitikimų buvo laivikaulio lūžimas kombinuotas su fractura radii loco typica, nes tas pats mechanizmas gali duoti tas abi fraktūras.

90% pasveiko gydant konservatiškai, tik 1 atsitikimas buvo operuotas (10%) ir po 4 mėnesių po operacijos buvo dar kartą patikrintas ir rasta, kad operuotoji ranka, kur buvo pašalinta lūžusio laivikaulio skeveldra, visiškai paslanki ir neskaudama riešo sąnaryje, rankos darbingumas ir pajėgumas normalus, koks buvo prieš laivikaulio lūžimą.

Doc. V. Kuzmos atsitikimu, kur gimnastikos mokytojui buvo pašalinta operacijos būdu abiejų rankų lūžę laivikauliai, liko visiškas rankų paslankumas ir darbingumas be subjektyvių ir objektyvių nusiskundimų. Žinoma, iš tų trijų atsitikimų negalima daryti kurios nors ypatingos išvados, nes tai permaža medžiaga. Böhler neigia operatišką fractura ossis navicularis manus gydymą, tvirtindamas, kad, pašalinus vieną lūžusios rankos laivikaulio dalį, sutrinkanti riešo kauliukų kombinacijos statika. Ir del šito riešo kauliukų statikos sutrikimo nukenčianti ir rankos funkcija: visa plaštaka tampanti radialiai addukuota ir žymiai sumažėjanti kumščio suspaudimo jėga, todėl ranka tampanti bejėgė ir jokiam darbui nebetinkama. Kemper turėjęs surinkęs apie 60 atsitikimų, kur buvo operuotas os naviculare ar os lunatum lūžimas ir visais atsitikimais ranka likusi bejėgė del riešo kauliukų statikos sutrikimo.

Dažnai pasitaiko, kad fractura ossis navicularis manus nesugyja, bet išsivysto pseudoartrozė, o vėliau beveik visuomet

išsivysto artritiniai pakitimai, kurie sudaro didelį sąnario judrumo sutrikimą ir judinant sukelia skausmus; kai kada atsiranda vienos ar net abiejų lūžusių laivikaulio dalių nekrozė.

Jei laivikaulio lūžimas (S c h n e k) eina arti centrinio jo galo, tada jis nebetenka maisto ir ilgainiui miršta, jei nėra pakankamai ilgai išlaikyta fiksacija, kad nejudėtų lūžusio laivikaulio galai ir galėtų smulkūs kraujo indai įaugti iš vienos laivikaulio dalies į antrą. Kai laivikaulio lūžimas eina per vidurį, tada kartais gali nutrūkti pagrindinis pagal L e x e r'io schemą kraujo indas ir tuo būdu centrinė laivikaulio dalis, negaudama maisto, miršta, išsivysto nekrozė, nepaisant, kiek ilgai bus laikoma fiksacija.

Kad lūžęs rankos laivikaulis galėtų tinkamai sugyti, turi būti tnkama fiksacija, ne mažiau kaip 6 savaites (B ö h l e r, W. K ü h n e), o kartais tenka laikyti, kaip matėme iš aukščiau įdėtos lentelės, daugiau negu 4 mėn., kol tinkamai sūgyja, konsoliduojasi. Anksčiau beveik visada išsivystydavo lūžusio laivikaulio pseudoartrozė del netinkamos ir nepakankamo ilgumo fiksacijos. W. K ü h n e turėjęs vieną tokį gana charakteringą atsitikimą, kur gipsinis įtvaras fractura ossis navicularis manus atveju po 4 savaičių buvo nuimtas, o po savaitės pacientas pradėjo dirbti savo seną darbą, nors ir jautė nedidelius skausmus riešo srityje, ypač ką nors keliant skausmai smarkiai didėdavę. Greitai skausmai pastoviai didėjo ir po kelių savaičių, padarius rentgenogramą, buvo rasta pseudoartrozė. Po metų rentgenologiškas vaizdas beveik nepasikeitė, o funkciškas žymiai pablogėjo. Lygiagrečiai šitam atsitikimui W. K ü h n e pateikia kitą rankos laivikaulio pseudoartrozės atsitikimą, kurs nedavė jokių funkcijos sutrikimų: po 3½ mėn. fiksacijos pasiliko pseudoartrozė ir ligonis, kito gydytojo patartas, metė gipsinį įtvarą ir pradėjo dirbti, jokių skausmų nejautė, rankos pajėgumas buvo normalus ir taip dirbo 6 savaites, bet rentgenologiškas lūžusio laivikaulio vaizdas nepasikeitė, be to, neatsirado artritinių pakitimų. Kadangi buvo bijoma artritinių pakitimų, tai po 4 mėn. darbo vėl buvo uždėtas gipsinis įtvaras, kad konsoliduotųsi lūžęs laivikaulis. Šitas įtvaras buvo išlaikytas 4 mėn., bet rentgenologiškas vaizdas nepakitėjo gerojon pusėn.

Nors B ü h l e r ir tvirtina, kad per 4 mėn. fiksacijos įvykstanti visiška lūžusio laivikaulio konsolidacija, bet nevisada (W. K ü h n e), nes kartais ir pseudoartrozė nė kiek neapsunkina rankos funkcijos, todel dažnai ji lieka nepastebėta.

Literatūra.

1. B ö h l e r: Technik der Knochenbruch. Behandlung. 1937.
2. B o r c h a r d - G a r r è: Lehrbuch der Chirurgie. 1933.
3. R. D e m e l: Diagnostik chirurg. Erkrankungen. 1935.

4. J a n k e r: „Der Chirurg". 1934 m. 15 nr.
5. R. K r ö m e r: Die verletzte Hand. 1938.
6. F. S c h n e k: Technik des ungepolsterten Gipsverbandes. 1937.
7. W. K ü h n e: „Monschr. f. Unfallheilkunde u. Versicherungsmedizin" 1939. 5 nr. ir 1938 m. 7 nr.

Summary.

The fracture os naviculare man. for some time was not known. Lately, when the technic of x-ray became more developed it is always found out. It is caused by fallin on spread out hands, or tightly leaning on the palms. Os naviculare man., braeks mostly across (70%), but sometimes also in the length happens.

When a fracture os naviculare manus happens, then the man feels little or great pain, the swelling is usually little.

Some authors recommend operation for curing frac. ossis navicularis manus, and some authors—conservative method.

The author had ten men with fracture os naviculare manus between 10. II. 1938 and 10. IV. 1939. Nine of them were cured conservatively, but only one with an operation, who began to work after 4—5 weeks.

Three of the ten men with fracture os naviculare manus had also fracture radii loco tipica. They all began to work after 12 weeks.

One young man with fracture os naviculare man. worked all the month his work and felt all the time little pain in his left hand where the fracture os naviculare manus was. From time to time the pain became harder. After a month when he came to the ambulatory, it was found the fracture os naviculare manus and was made the gips. This young man could not work four months from this time, when the gips was made.

The last five men with fracture os naviculare manus recovered after 6—7 weeks. Of the ten fractures os naviculare manus two times the right hands and eight times the left hands were broken.

Gyd. J. Adomavičius.

Morbus coeruleus.

(Iš V. D. Univ-to Vidaus ligų klinikos. Vedėjas — prof. med. dr. K. B u i n e v i č i u s).

Ligonė ūkininkaitė D. M., 22 mt. amžiaus (ligos istor. 421 nr.), atvyko į kliniką 1938. I. 16 d., prašydama „nuimti nuo veido mėlynumą", kurį turinti iš mažens; anksčiau tėvai negydę, nes manę, kad, kai subręsianti, išaugsianti, ir liga praeisianti. Kitkuo nesiskundžia, tik klausiama pasakoja, kad smarkiau paėjus darąsi silpna, išpiląs prakaitas, pradedanti plakti širdis, stinga kvapo; kadangi ligonė dirbdavusi tik lengvus darbus, tai dažnai minėtų blogumų išvengdavusi. Jokiomis kitomis ligomis nesirgusi, retkarčiais sloguodavusi; o kad turinti strumą, visai nepastebėjusi. Mokiusis pradžios mokykloje 4 metus, labai nesisekę: išmokusi tik truputį skaityti ir silpnai rašyti. Maža būdama nebėgiojusi, nežaidžiusi, nes tuojau pailsdavusi. Turinti 5 brolius ir 2 seseri; viena sesuo (iš eilės III-ji, ligonė IV-ji) gimusi perskelta viršutine lūpa; kiti sveiki. Tėvas esąs girtuoklis, broliai daug geria. Ligonė nedaug išgerianti, nerūkanti, negimdžiusi, veneros ligas neigia. Butas sausas, valgis geras.

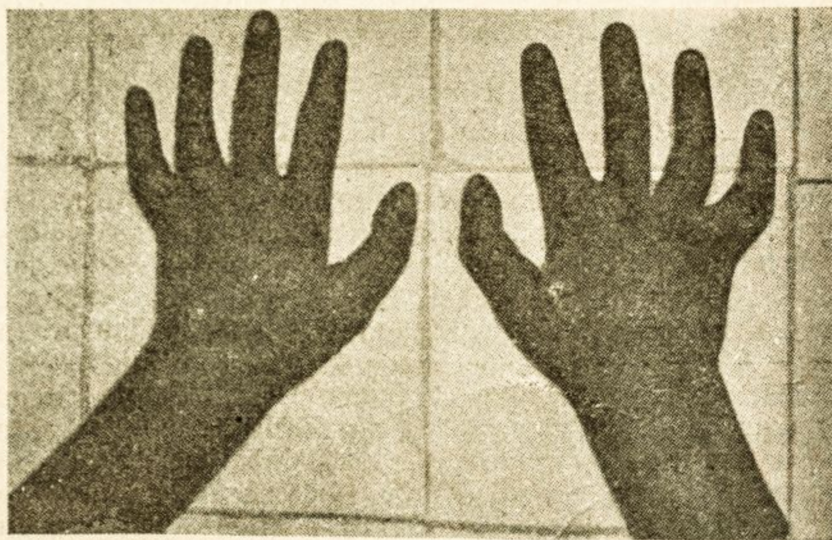


1 atvaizdas. Infantiliška merginos išvaizda. Širdies ribos padidėjusios.

Status praesens. Infantiliška, atrodo kaip 13—14 metų, mergaitė (žiūr. 1 atvaizdą), pakankamos mitybos, 149 cm ūgio, 41,7 kg svorio, veidas ir galūnės labai cyanoziškos, rankų ir kojų pirštai, ypač nykščiai, būbno lazdelių pavidalo, nagai panašūs į papūgos snapą (žiūr. 2 atvaizdą); nedidelio laipsnio lygi struma; t⁰ 36,8°C.

Kvėpuojamieji organai. Perkutuojant perkusijos garso patrumpėjimo nepastebėta, auskultuojant vezikuliariškas alsavimas. Plaučių ribos paslankios, užpakalyje ties 11 krūtinės stuburkauliu, priekyje po 6 šonk. ties linea mammillaris. Peršviečiant krūtinę rentgenu matoma: širdies šešėlis kairėje išsiplėtęs, pulmonalinis lankas išsipūtęs; plaučių vaizdas hilus'ų srityse drumzlėtas del kraujo apytakos sutrikimo.

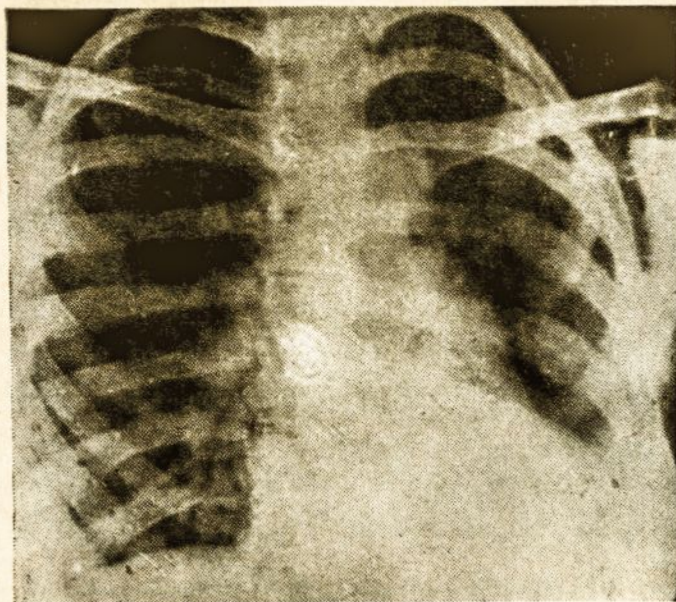
Kraujo apytakos organai. Širdies ribos: 4 cm į dešinę nuo lin. mediana, kairioji — ties lin. mammillaris sin. (žiūr. 3 atvaizdą). Auskultuojant visame širdies plote girdimas sistolinis ūžesys, kuris labiausiai pasireiškęs viršutinėje krūtinkaulio dalyje; antrojo garso akcentas antrame kairiajame tarpšonkaulyje. Užpakalyje, kairėje, tarp stuburo ir mentės, aukštumoje III—IV krūtinės slankstelių, aprėžtoje vietoje girmas sistolinis ūžesys. Tvinksnis 76 per minutę, silpno prisipildymo, ritmiškas; kraujospūdis $^{110}/_{85}$; Hb. 95; er. 5.330.000, lk. 4.500, ind. 0,93; kraujo vaizdas pagal Schilling'ą: eoz. 1, št. 2, segm. 67, leuk. 29, mon. 1. Kraujo sėdimas pagal Westergreen'ą: per 1 val. 1, per 2 val. 5. WaR neigiama. Elektrokardiograma rodo dešiniosios širdies persvarą (žiūr. 4 atvaizdą).



2 atvaizdas.
Būbno lazdelių pavidalo pirštai, ypač nykščiai.

Virškinamieji organai. Dantys sveiki, gerklė neparaudusi, apetitas geras, laukan eina normaliai; palpuojant pilvo plotas neskausmingas, kepenys ir blužnis neapčiuopiamos. Pagrindinė medžiagų apykaita (Grundumsatz) 41,7 kg svorio ir 149 cm ūgio ir 22 metų amžiaus pacientei per 24 val. išeikvota 1.574 kal.; kadangi normaliai turėtų būti išeikvota 1.212 kal., tai tuo būdu gautas padidėjimas 29,86%. Lymfinės liaukos neapčiuopiamos.

Nervų sistema. Kelių refleksas silpnas; Achilles'o, ragenos, junginės, gomurio refleksai yra, vyziukai į šviesą reaguoja gerai.



3 atvaizdas.
Rentgenogramoje matoma padidėjusi širdis.

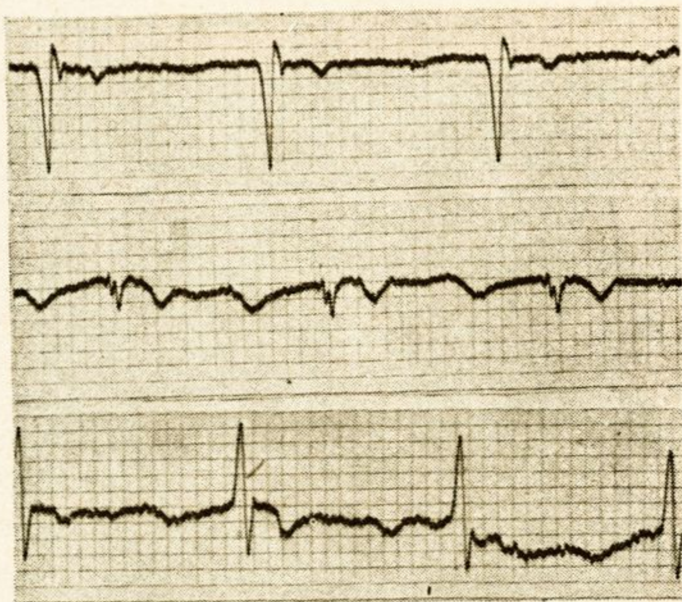
Šlapiminiai ir lyties organai. Amenorrhoea, mons veneris apaugęs silpnais plaukais, pažastyse plaukų visai nėra. Šlapinimasis be nusiskundimų; šlapimų tyrimas: lyg. sv. 1.021, rūgštus, gelsvas, vaiskus; tulžies pigmento, baltymų, indikano ir cukraus nėra; nuosėdose pilnas akiplotis plokštaus epitelio narvelių; šlapimų kiekis per parą 400,8 ccm.

Po 3 dienų iš klinikos ligonė išsirašė. Po metų — 1939. II. 20 d. pakviesta ligonė atvyko į kliniką. Papasakojo: visą laiką vengianti sunkių darbų, tik siuvinėjanti ir šiaip lengvesnį darbą dirbanti; pavargus, kaip ir anksčiau, atsirandą minėtų nusiskundimų; pasilenkus tuojau cyanozė sustiprėjanti. Pirmosios mėnesinės atsiradusios (22 metų amžiaus) 1938 m. V, trukusios dvi dieni, neskausmingos, negausios, po to pranykusios ir 1939 m. II (23 metų amžiaus) atsiradusios antrą kartą gyvenime, trukusios 4 dienas.

Objektyviai, palyginus dabartinį ligonės stovį su prieš metus buvusiu, rasta: ūgis 148 cm, svoris 43,3 kg, veido cyanozė truputį mažesnė, rankų tokia pati, rankų ir kojų pirštų paskutinių falangų galai labiau pastorėję. Sistolinis ūžesys, ryškus antrojo plaučių arterijos garso akcentas; duslumas perkutuojant iš krūtinkaulio kairėje tarp antrojo ir trečiojo šonkaulių; kair. širdies riba ties lin. mammillaris sin., silpnas ūžesys užpakalyje, kairėje, tarp mentės ir krūtinės slankstelių; tvinksnis silpnai prisipildęs, 96 per minutę.

Aprašomoji ligonė vaikystėje nesirgusi jokia infekcine liga, neturėjusi traumų, tačiau cyanoziška iš vaikystės.

Turėdami tokią anamnezę ir objektyvius duomenis, sprendžiame, kad ligonė serga **morbus coeruleus** arba **cyanosis congenita.** Jos liga įgimta. Širdies ir didžiųjų kraujo indų įgimtinės ydos atsitinka del gemalo vystymosi sutrikimų, ką ir Rokitansky pastebėjo, tirdamas vištos embrionų širdis, del embrioniniame periode įvykstančių uždegimų, kai infektai iš



4 atv. Elektrokardiograma.
Sinusinis tvinksnis. *P* danteliai teigiami. *PQ* = 0,17 sek. Q_3 kiek nusileidęs. R_1 žemas, R_2 skilęs, R_3 aukštas. *QRS* = 0,09. Tarpinė dalis beveik *O* linijoje. T_3 visai žemas. Dextrocardiograma.

motinos kūno praeina pro placentą ir infekuoja vaisių. Iš jų suminėtina tuberkuliozė, syfilis, rachitas, širdies ydos, endokardo susirgimai, tėvų alkoholizmas, ūminiai motinos susirgimai nėštumo metu ir t. t. Paprastai tokių ligonių anamnezėje nepavyksta rasti pirmiau buvusios infekcijos, kaip, pvz., sąnarių reumato, skarlatinos, raupų, plaučių uždegimo ir kitų ligų. Aukščiau minėtieji infektai paveikia vaisių taip, kad atsiranda kraujagyslių sistemos hipoplasia, silpna organizacija, širdis vystosi netaisyklingai.

Ištyrus 1000 naujagimių, vidutiniškai randama 1 įgimtinė širdies yda. Pott iš 30.000 vaikų suskaičiavo 95 širdies ydas; be to, jis mano, kad vienai kairiosios širdies (aortos) ydai tenka 25 dešiniosios, daugiausia plaučių arterijos stenozė. Manoma, kad, be mažų išimčių, įgytinės ydos tenka kairiajai širdies pusei, o įgimtinės — dešiniajai. Dešiniosios širdies ydos gal būt pareina del to, kad embrioniniu metu dešiniajai širdžiai tenka atlikti didesnė darbo dalis (prof. Buinevičius[1]).

Kartu su širdies ir didžiųjų kraujo indų anomalijomis, apie 10% atsitikimų (Vierhordt[3]) esama kitų išsivystymo trū-

kumų, k. a.: atsilikimas dvasiniu ir fiziniu atžvilgiu, skeltinė lūpa bei gomurys, blogi dantys, lyties organų anomalijos ir t. t. Ir aprašomoji ligonė del dėčių hipofunkcijos neturėjo mėnesinių; kaip antagonistas hipertrofavo ir hiperplazavo skydliaukė, padidindama medžiagos apykaitą 29%, o, atsitaisius dėčių funkcijai, skydliaukė pradėjo mažėti.

Vierhordt (Notnagel t. XV) pateikia apie 80 atsitikimų, kur kartu su įgimtinėmis širdies ydomis, svarbiausia, su plaučių arterijos stenoze, būta ir kitų organizmo išplytėjimo anomalijų, k. a.: kiškio lūpa, vilko ryklė, pirmųjų žiaunų lanko likučiai, diafragmos defektai, embrioninis skrandis, taukinės stoka, atresia ani, daugskiltinės kepenys, pasagos pavidalo inkstas, „ren unique" — kairiojo inksto stoka, įgimtinė vieno ar abiejų inkstų kystinė degeneracija, blužnies stoka, 8 nedidelės blužnys prie vieno pasaito, trys priedinės blužnys, abišalis kriptorchizmas su hypospadia, uterus bicornis, simetriška rankų ir kojų syndaktilia, polydaktilia, tik vienas kaulas sutrumpėjusiame kairiajame dilbyje, spina bifida, anenchephalia, acrania, ischiopagia, cyclopia, įgimtinė vienašalė veido atrofija, ptosis, mycrophthalmus, coloboma iridis et chorioideae, psichinės sferos defektai, kurčias nebylumas, idiotizmas, hysteria (prof. Buinevičius[2]).

Dažniausios įgimtinės širdies ydos yra šios: plaučių arterijos įvairaus laipsnio susiaurėjimas, tarpskilvelinės pertvaros defektas, atviras Botall'o pertakas ir kit. Vierhordt iš 83 įgimtinės plaučių arterijos stenozės atsitikimų rado 24 visiškai užakusias plaučių arterijas; be to, 71 atsitikimu buvo tarpskilvinės pertvaros defektas; anais 24 plaučių art. užakimo atsitikimais autorius rado 14 atdarų tarpskilvinių pertvarų.

Dauguma atsitikimų diagnozė nustatyti yra gana sunku, nes dažnai yra ne viena yda, bet širdies ydų kombinacija; lieka neaišku, kuri yda sudaro ligūsto stovio pagrindą, tuo labiau, kad įgimtinės širdies ydos sukelia endo-ir myokardo susirgimus ir išsivysto vitium, o tada sunku pasakyti, kas įgimta ir kas įgyta.

Vienas įgimtinės širdies ydos ryškiausias simptomas yra veido ir galūnių cyanozė, kuri gali atsirasti tuojau gimus, paūgėjus ar net po keliolikos metų; laiks nuo laiko gali pasireikšti su ryškiais tampymais, ypač pas vaikus; manoma, kad tai atsiranda del CO_2 pertekliaus. Nevisai aišku, del ko apie 50% („N. D. Kl." 1930. IV t., 681 psl.) turinčių įgimtines širdies ydas neturi cyanozės. Įgytinės ydos, kaip, pvz., dešiniojo skilvelio nepakankamumas, mitralinės ydos, emphysema esti su cyanoze; ir įgimtinės ydos dažnai paliečia dešiniąją širdį, tada esti ir cyanozė. Kitų dekompensacijos reiškinių — kepenų padidėjimo, ėdemų, stazės inkstuose nesti, mat, kompensuoja

išsiplėtę ir naujai atsiradę kapiliarai plaučiuose. Nors įgimtinės, kad ir sunkios, ydos esti be cyanozės, bet juo anksčiau ir juo ryškesnė pasireiškia cyanozė, tuo prognozė rimtesnė. Cyanoziškų asmenų kraujo sėdimas esti sulėtėjęs, kūno t° žemiau normos; kaip organizmo savisaugos išdava padidėja Hb. kiekis, eritrocitų esti iki 6—8 mil. kb. mm. Esant cyanozei, rečiau be jos, galūnių pirštai esti būbno lazdelių pavidalo, kartais tik nagai papūgos snapo pavidalo. Šitas simptomas yra reliatyvus, nes jis pasitaiko ir įgytinių ligų atsitikimais, pvz., plaučių absceso atveju. Auskultuojant kreipiama dėmesys į ūžesio kokybę, ryškiausiai girdimą vietą; perkutuojant vienais atsitikimais esti normalios ribos, kitais atvejais didelis širdies, ypač dešiniosios, išsiplėtimas. Prašviečiant rentgenu kartais gaunamas būdingas vaizdas. Pastebėta prašviečiant rentgeno spinduliais atviro Botall'o pertako atveju išsikišimas arteria pulmonalis tarp I ir III tarpšonkaulių tarpo, perkutuojant randamas paduslėjimas (G e r h a r d t[3]); tat buvo pradėta laikyti minėtos ydos simptomu, bet vėliau rasta, kad minėtas išsiplėtimas esti ir kitų įgimtinių bei įgytinių širdies ydų atsitikimais.

Elektrokardiogramos vaizdas turintiems įgimtines širdies ydas yra panašus į elektrokardiogramą esant dešiniojo skilvelio hypertrofijai (E i n t h o v e n[3]): I-os derivacijos *R* dantelis dažniau negu įgytinėse ydose labai mažas, o *S* — stipriai pasireiškęs; III *R* — aukštas, *Q* — ryškus, *S* — pranykęs. Žinoma, nieko neduoda specifiško šitie duomenys del įgimtinės ydos; tik aiškina, kad su anatomiškais pakitimais esti ir dirginimo laidumo sistemos pakitimų. Aprašomosios ligonės viena cyanozė, — nesant kitų dekompensacijos reiškinių: ėdemų, kepenų padidėjimo, stazinių karkalų, — rodo, kad nuolat veninis kraujas patenka į arterijų sistemą; tat gali atsitikti esant tarpskilvelinės pertvaros defektui. Defektas atsiranda esant plaučių arterijos susiaurėjimui; tarpskilvelinė pertvara susidaro antrame embrioniniame mėnesyje, jei plaučių arterijos susiaurėjimas įvyksta anksčiau, tai predisponuoja minėtos pertvaros defektui. Gimus, plaučiams pakankamai aprūpinti krauju, nors maišytu, iš aortos eina kraujas pro Botall'o pertaką į plaučius. Tokia ydų kombinacija, remiantis objektyviais duomenimis, manoma, sudaro mūsų ligonės morbus coeruleus anatominį pagrindą.

Esant vien plaučių arterijos susiaurėjimui, ties plaučių arterija tada antras garsas būtų duslus, čia priešingai — labai akcentuotas, o tat gali būti del to, kad pro Botall'o pertaką tris kartus didesne srove veržiasi iš aortos kraujas į plaučių arteriją ir smarkiai užtrenkia vožtuvus. Jei būtų vien defektas tarpskilvelinėje pertvaroje, tai kraujas eitų iš kairiojo, kaip stipresnio, į dešinįjį skilvelį ir cyanozės nebūtų. Atviro Botall'o

pertako diagnozuoti absoliučiu tikrumu tėsant vienam simptomui negalima, nes tokio simptomo nėra; priešingai, net žymūs klinicistai, kaip, pvz., Bamberg, manė, kad net negalima grynų Botall'o pertako neužsidarymo atsitikimų pažinti. Paprastai šitos anomalijos atveju nesti cyanozės ir būbno lazdelių pavidalo pirštų, tačiau aprašyta, kaip išimtys, pavieniai atsitikimai atviro Botall'o pertako su minėtais simptomais· Diagnozuojama numanomai.

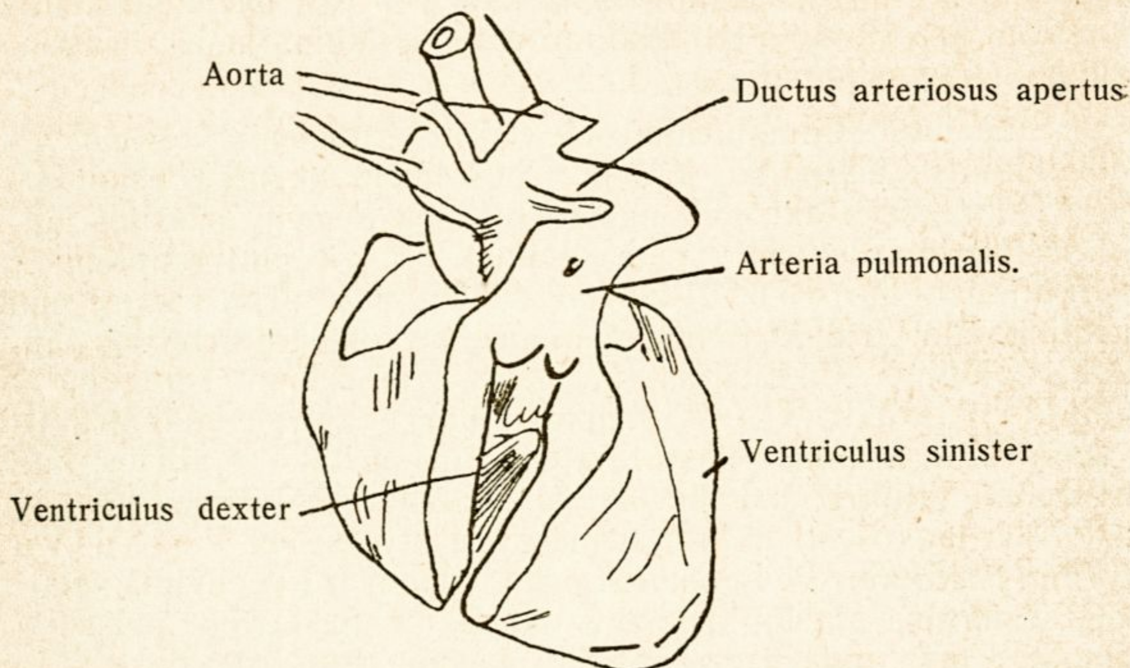
Šituo atsitikimu turime objektyvius duomenis, kuriais vadovaujantis galvojama, kad ir neabsoliučiu tikrumu, esant atvirą Botall'o pertaką. Už pastarąjį kalba plaučių arterijos lanko išsiplėtimas, kuris konstatuojamas prašviečiant rentgenu ir perkutuojant tarp I ir III-čio tarpšonkaulinio tarpo į kairę nuo krūtinkaulio. Tat atsitinka, manoma, del plaučių arterijos lanko išsiplėtimo, kuris konstatuojamas prašviečiant rentgenu ir perkutuojant tarp I— III šonkaulių tarpo kairėje nuo krūtinkaulio; mat, kraujas į pastarąją eina pro pertaką iš aortos, kur normaliai yra trigubai didesnis spaudimas. Išsikišimas plaučių arterijos lanko esti ir kitų širdies ydų atveju, bet Valsalva tyrimu išskiriame — ligoniui stipriai įkvėpus ir kvėpavimą sulaikius išsilygina plaučių arterijos lankas ir pastarojo pulsacija dingsta; mat, tada kraujospūdis plaučių arterijoje pakyla, o aortoje krinta.

Ryškus atviro Botall'o pertako simptomas yra ūžesys, paprastai esti sistolinis, mišrus, retai diastolinis. Ūžesys šiurkštus, geriausiai girdimas kairėje, antrame interkostaliniame tarpe ties krūtinkauliu; ūžesys, esant atviram Botall'o pertakui, girdimas ir iš užpakalio, tarp stuburo ir mentės, III—IV nugaros slankstelių speninių ataugų aukštumoje, aprėžtoje vietoje. Ūžesio priežastis aiškinama del srovių susikirtimo, kai kraujas iš aortos teka į plaučių arteriją. Visada esti dešiniojo skilvelio hipertrofija, o dekompensacijos atveju ir dilatacija. Pagal daugelį autorių ir kairiojo skilvelio esti tokie patys pakitimai (H. Schittenhelm[3]).

Botall'o pertakas yra 5—6,8 mm. platumo, 10—15 mm. ilgumo, jungia plaučių arteriją su aorta, embrioniniame periode pro jį kraujas iš plaučių arterijos patenka į aorta ascendens; mat, tada abi plaučių arterijos šakos esti silpnai išsivysčiusios ir todėl pro jas praeina palyginti mažas kraujo kiekis (žiūr. 5 atv.). Gimus Botall'o pertakas ima siaurėti taip, kad trečią savaitę obliteruojasi, o tretį mėnesį virsta fibroziniu saitu, vadinamu ligamentum arteriosum, nors ta eiga gali užsitęsti iki antrų ar net trečių metų.

Daug kas stengėsi aiškinti, kodėl šitas kanalas gimus užsidaro, bet vienodos nuomonės neprieita. Anatomai tvirtina,

kad kanalas užanka augant pastarojo intimai ir medijos longitudinaliniam sluoksniui. Normaliai Botall'o pertako struktūra skiriasi nuo plaučių arterijos ir aortos struktūros tuo, kad intimoje ir medijoje turi menkai elastingų skaidulių. Manoma, kad Botall'o pertakas atviras gali likti tada, kai histologinė struktū-



5 atv. Ductus arteriosus apertus.
(Preparatas iš Moabit' ligoninės rinkinio).

ra, ką daugelis ginčija, atitinka didžiųjų indų struktūrą. Šito normalaus reiškinio negalima aiškinti ir uždegimo procesu. Stiemon's kreipė dėmesį į nevienodus pertako topografinius santykius su didžiaisiais indais — pertakas į plaučių arteriją atsiveria stačiu, o į aortą — smailu kampu; gimus, aortoje spaudimas pakyla ir užspaudžia pertako angą. Taip esti normaliais atsitikimais. Mūsų ligonės pertakas neužako, matyti, del to, kad reikėjo kompensatiškai pertaku paduoti plaučiams kraujo, nes plaučių arterija yra susiaurėjusi. Paprastai atviras Botall'o pertakas esti ir del kitų išsivystymo klaidų, k. a., plaučių arterijos ar aortos bei ostium venosum susiaurėjimas, nors gali būti ir vienas, be kitų išsivystymo trūkumų (E. Ziegler[4]). Mitralinė stenozė, nesant fremissement cataire ir kitų jai būdingų pažymių, nepriimtina; neturime duomenų ir aortos žiočių susiaurėjimui. Todel pagal fizinius, elektrokardiogramos ir rentgeno duomenis mūsų ligonės įgimtinė cyanozė numanoma yra del plaučių arterijos susiaurėjimo, del tarpskilvelinės pertvaros defekto ir del atviro Botall'o pertako.

Ligoniai, turį įgimtines širdies ydas, kaip ir ši ligonė, iš mažens serga dusuliu, širdies plakimais, atsilieka augdami nuo savo vienmečių, negali kaip reikiant bėginėti, žaisti, nepaisant

gerų gyvenimo sąlygų, pasižymi silpna sveikata, dažnai yra paliegę, o subrendę yra linkę sirgti tuberkulioze; jiems del susilpnėjusios kraujo apytakos išsivysto būdingi galinių falangų sustorėjimai, vadinami būbno lazdelių pavidalo pirštai. Apskritai, krinta į akis nedaug nusiskundimų, be minėtų bendro silpnumo bei menko darbingumo reiškinių.

Prognozė ne visada bloga; ligoniai sulaukia 40—50 metų, atskirais atsitikimais ir daugiau; didesnė pusė miršta nesulaukę 15 metų amžiaus. Miršta del prisidėjusių ligų — plaučių uždegimo, pleurito, perikardito, tbc., vaikams — tymų, skarlatinos, kokliušo, vidurių šiltinės.

Terapija. Amžiui pailginti taikytinos higieniškos gyvenimo sąlygos.

LITERATŪRA.

1. Prof. K. Buinevičius: Vidaus ligų klinikos vadovėlis. I d. 15—25 pusl. 1928.
2. Проф. К. Буйневич Внутренния болѣзни. 1909.
3. Prof. G. F. Klemmperer: „Neue Deutsche Klinik". 1930. 4 t., 681 p.
4. Dr. Ernst Ziegler: Lehrbuch der speziellen Pathologischen Anatomie.

AUTOREFERATAS.

Beschrieben wird ein 22-jähriges infantiles, cyanotisches Mädchen mit einem offenem ductus Botalii. Herzgrenzen ad sinistram u. ad dextram verbreitert. Akzentuation des 2. Pulmonaltones. Pulmonalbogen ist verbreitet, was röntgenologisch u. perkutorisch festgestellt werden kann. Die Verbreiterung dieses Bogens infolge anderen Erkrankungen wird differentialdiagnostisch durch den Valsalversuch festgestellt: bei tiefer Einatmung u. beim Anhalten des Atems schwindet der Pulmonalbogen u. dessen Pulsation hört auf, denn der Blutdruck in der Lungenarterie steigt an, in der Aorta dagegen sinkt er. Das systolische Geräuscht ist am deutlichsten neben dem Brustbein; man hört das systol. Geräusch auch hinten, links zwischen dem Schulterblatt u. den Wirbeln in Höhe der III. u. V. Wirbel. Electrocardiogramm: dextrocardiogramm.

Auf Grund der röntgenolog., elektrocardiograph. u. physikal. Untersuchungsergebnisse wird ein Offenbleiben des ductus Botalii vermutet.

Dr. M. Braunsas.

Vidurių šiltinės epidemiologija Kaune.

(Kauno Žydų Ligoninės užkrečiamųjų ligų skyrius.
Vedėjas — dr. M. Braunsas).

Per paskutinius šešiolika metų, per kuriuos aš dirbu Kauno Žydų ligoninėje, turėjau progos stebėti daug šimtų vidurių šiltinės atsitikimų.

Aš nenoriu operuoti vien skaičiais, nes jie nedaug tepasako. Aš noriu papasakoti apie vidurių šiltinės epidemiologiją

savo stebėjimus, padarytus man bedirbant Žydų ligoninės užkrečiamųjų ligų skyriuje. Kauno Žydų ligoninės užkrečiamųjų ligų skyrius yra vienintelis visoje apskrityje ir aptarnauja visus civilius miesto ir apskrities žydų ir nežydų tautybės gyventojus. Be to, atvyksta taip pat ligoniai ir iš provincijos įvairių apskričių.

Buvo laikai (1928 metų vasarą), kai pasitaikydavo dienų, kada skyriuje gulėdavo iki 60 ligonių, sergančių vidurių šiltine; tat buvo didžiausi skaičiai. Bet ir per paskutinius kelerius metus nebuvo nė vienos dienos, kurioje nebūtų nė vieno ligonio, sergančio vidurių šiltine; visada mažiau ar daugiau buvo tokių ligonių. Paskutiniais 4—5 metais visada skyriuje būdavo 20—30 ligonių, retai — mažiau. Tiktai paskutiniais keleriais metais pasikeitė santykis tarp miesto ir provincijos ligonių skaičių, ir ligonių skaičius iš provincijos yra didesnis.

Prieš 16 metų miestas sanitariniu atžvilgiu dar nebuvo reikiamoje aukštumoje. Nors mieste tada buvo daugiau kaip 100.000 gyventojų, tačiau nebuvo kanalizacijos ir vandentiekio. Vanduo būdavo imamas iš Nemuno ir Neries, ar iš šulinių, kurie buvo kiekviename kieme prie namų. Tuose pačiuose kiemuose prie namų būdavo ir išeinamosios vietos, kurios būdavo naudojamos kiemo gyventojų, bet taip pat ir praeivių. Nevisuomet atstumas tarp išeinamosios vietos ir šulinio atitiko sanitarijos taisykles. Iš tokių šulinių vanduo dažnai būdavo vartojamas nevirintas.

Taip, pvz., prieš 3 metus į ligoninę atėjo 3 ligoniai, sunkiai sergą vidurių šiltine iš vienų namų Aleksote, kur dar ligšiol nėra vandentiekio. Šulinyje to kiemo, kuriame tie žmonės gyveno, buvo rasta typhus abdominalis bacilų. Šulinys buvo uždarytas ir užkrėtimo šaltinis tuo būdu buvo pašalintas. Ligoniai (moteris, šeimininkė ir du vyrai, mechanikos dirbtuvės darbininkai) persirgo labai sunkią typhus abdominalis formą. Moteris mirė, o abudu vyrai ilgai sirgo ir paskui buvo ilgą laiką nedarbingi.

Daug nešvarumų ir atmatų patekdavo iš miesto tiesiog į upes. Buvo pora kanalų, pro kuriuos nešvarus vanduo ėjo į Nemuną, praeidamas pro abejotinos kokybės filtrus.

Eidamas vieną kartą Prieplaukos kranto gatve, mačiau, kaip prie upės kranto stovėjo kelios skalbėjos ir skalbė upėje baltinius. Netoli jų stovėjo vienas daržovių pardavėjas, kuris mazgojo savo daržoves ir salotas upėje. Salotos nevirinamos. Tuo būdu nešvarus upės vanduo patenka ant stalo su maistu. Daugelis miesto gyventojų gerdavo tiesiog iš upės ar namie nevirintą vandenį, nepaisant visų įspėjimų ir uždraudimų.

Taip buvo mūsų mieste prieš 16 metų. Taip truko iki 1928 metų, kai mieste kilo nedidelė vidurių šiltinės epidemija, ypač

senamiestyje ir Vilijampolėje. Nuo to laiko vidurių šiltinės susirgimų skaičius mieste mažėjo. Mieste išsiplėtė vandentiekio ir kanalizacijos tinklas, kuris yra didžiausias vidurių šiltinės priešas. Plečiantis vandentiekio ir kanalizacijos tinklui, vidurių šiltinės susirgimų skaičius mieste vis mažėja. Rečiau pasitaiko sporadiškų atsitikimų ir šie ne nuo vandens, bet visai del kitų priežasčių, apie kurias kalbėsiu vėliau.

Dar vieną dalyką aš noriu čia paminėti. Dabar ledą ima iš Nemuno. Daugelis yra įpratę ledakumo ir tąsymo vemti metu ryti ledo gabaliukus. Tačiau nereikia užmiršti, kad lede, susidariusiame iš vandens, turinčio bacilų, gali būti ir typhus abdominalis bacilų. Del to ir šituo atžvilgiu patartina saugotis. Užsikrėtimų šituo būdu man neteko matyti, primenu todėl, kad užsikrėtimas tokiuo būdu vis delto galimas.

Paskutinių kelerių metų vidurių šiltinės atsitikimai buvo daugiausia iš priemiesčių: Žaliojo Kalno, Šančių, Aleksoto, Vilijampolės. Įvedus vandentiekį ir kanalizaciją pirmuose dviejuose priemiesčiuose, ten taip pat sumažėjo vidurių šiltine susirgimų skaičius.

Atsitikimai, kurie dabar patenka į ligoninę, daugiausia yra iš Aleksoto ir Vilijampolės, kur nėra vandentiekio ir kanalizacijos. Reikia tikėtis, kad greitu laiku ir tenai bus kanalizacijos tinklas, tada ir tie priemiesčiai susilygins su miestu vidurių šiltinės pavojaus atžvilgiu.

Svarbiausias vidurių šiltinės platintojas yra sergąs žmogus ir daugelis persirgusiųjų, kurie ilgą laiką gali išskirti bacilus ir užkrėsti savo aplinką. Įrodyta, kad yra žmonių, ilgai išskiriančių typhus abdominalis bacilus, ir nėra jokių įrodymų, kad jie kada nors būtų sirgę vidurių šiltine.

Tokie žmonės gali būti infekcijos platintojais, išskirdami savo išmatas ir šlapimus į išeinamąsias vietas ar tiesiog ant žemės, iš kur yra nutekėjimas į šaltinius ar šulinius. Įrodyta, kad, tuo būdu persisunkiant dirvožemio vandeniui, net ir gerai prižiūrint šulinius ar per upės vandenį, gali kilti epidemija per geriamąjį vandenį. Šlapiose vietose typhus abdominalis bacilai gali ilgą laiką pasilikti gyvi. Infekcija per orą su dulkėmis neįrodyta.

Vartojant maisto produktus, kaip, pvz., salotas, vaisius, mėsos konservus, dešrą ir t. t., infekcija gali kilti, kai jie plaunami infekuotu vandeniu. Antra vertus, bacilų nešiotojai, kurie dirba maisto produktų krautuvėse, liesdami nešvariomis rankomis maisto medžiagas, jas infekuoja, o paskui pirkėjai gauna prekes su didele typhus abdominalis bacilų porcija.

Dabar aš noriu nurodyti kitą typhus abdominalis priežastį Kaune, būtent pieną. Pradėsiu nuo poros atsitikimų:

1. Prieš trejus metus ligoninėje atsigulė keturi žmonės iš miesto centro, sergą typhus abdominalis. Trys (vyras, žmona ir jos motina) buvo iš vienos šeimos, ketvirta (moteris) buvo iš kitos šeimos, kuri pirmųjų nepažino, bet gyveno toje pačioje gatvėje ir pieną pirkdavo toje pačioje pieninėje. Pienas nebuvo pasterizuotas. Pirmoje šeimoje visi gėrė pieną nevirintą. Vyras gėrė pieno labai daug — jis labai mėgo nevirintą pieną. Jo žmona ir jos motina, kuri ateidavo jos aplankyti, gėrė mažiau. Nuo to jis susirgo labai sunkiai ir buvo atvežtas į ligoninę, turėdamas žarnų kraujoplūdį. Ligos eiga buvo labai sunki ir baigėsi letaliai. Jo žmonos ir jos motinos susirgimas buvo lengvesnis, jos pasveiko.

Moteris iš kitos šeimos pasakojo, kad jos vyras geria tiktai virintą pieną, ji gerianti tik nevirintą. Jos vyras liko sveikas, o ji šešias savaites sirgo, o paskui visą mėnesį buvo nedarbinga. Vėliau aš kalbėjausi su atitinkamo rajono sanitarijos gydytoju, kuris man papasakojo, kad tuose pačiuose namuose, kur pieninė pardavinėjo užkrėstą pieną, buvę dar trys vidurių šiltinės atsitikimai, kurie buvo gydyti namie.

Kai minėti ligoniai atėjo į ligoninę, aš tuojau pranešiau ir apie užsikrėtimo šaltinį. Bet tat įvyko jau ketvirtą ar penktą savaitę po užsikrėtimo. Reikia skirti dvi savaites inkubacijos periodui; vyro žarnų kraujaplūdis, reikia manyti, įvyko trečią savaitę, vadinasi, 5-tą savaitę po infekcijos atsitikimai pateko į ligoninę ir tada buvo pranešta. Pieninės pienas ir indai buvo ištirti ir, žinoma, nieko nerasta, nes per penkias savaites įvyksta daug pakitimų. Nepaisant neigiamų tyrimo rezultatų, aš manau galima laikyti nustatyta, kad čia infekcijos šaltinis buvo pienas.

2. Palatoje gulėjo ligoniai iš įvairių miesto dalių ir apylinkės. Apie vieną ligonį aš sužinojau, kad jis yra pieninės savininkas, gyvenąs miesto centre. Jis gėrė nevirintą pieną. Vėliau aš sužinojau, kad vienas iš miesto apylinkės pacientas, gulėjęs toje pačioje palatoje, dažnai su reikalais atvažiuodavo į miestą ir visada valgydavo pusryčius pirmojo paciento pieninėje ir gėrė nevirintą pieną. Čia vienoje palatoje gulėjo pieninės savininkas ir jo pieninės lankytojas, abu sergą typhus abdominalis, pavartoję to paties nevirinto pieno.

Tokių atsitikimų aš galėčiau daug papasakoti, bet tat užimtų perdaug vietos.

Aš visuomet klausiu savo pacientų, kokį maistą jie vartoja ir kokios yra jų gyvenimo sąlygos. Aš neabejoju, kad dabar beveik visi iš miesto ligoniai, sergą typhus abdominalis, buvo vartoję nevirintą pieną.

Iš kur atvežamas tas pienas? Pienas kiekvieną rytą atvežamas į miestą iš apylinkės sodžių. Mes nežinome sanita-

rinių sąlygų tuose sodžiuose, tačiau, jeigu ten nueitume ir prisižiūrėtume, tai toli gražu negalėtumėme būti patenkinti ten esančiomis sanitarinėmis sąlygomis. Mes nepažįstame melžėjų ir kitų asmenų, kurie turi reikalo su pienu, ir nežinome, ar jų tarpe yra daug bacilų nešiotojų ir jų išskiriančių, ar visai nėra.

Šitas klausimas kol kas lieka atviras.

Klausimą del infekcijos plėtimosi per vandenį galima reguliuoti, įvedant vandentiekio ir kanalizacijos tinklą. Seni šuliniai, kurie neatitinka sanitarijos reikalavimų, nustoja reikšmės. Žmonės yra priversti vartoti vandentiekio vandenį, kuriam sanitariniu atžvilgiu nieko negalima prikišti. Senojo Kauno vaizdo, kai daug šimtų moterų kasdien nešdavo pilnus kibirus vandens iš Nemuno į miestą, ačiū Dievui, jau dabar nebematyti.

Kitaip yra su pieno klausimu. Visur, visose maisto produktų krautuvėse galima gauti pasterizuoto pieno, kuriam sanitariniu atžvilgiu nieko negalima prikišti. Nepaisant to, kiekvieną rytą šimtai vyrų ir moterų iš aplinkinių kaimų veža savo pieną į miestą. Dalis jų atgabena pieną tiesiog vartotojams į namus, kita dalis — į maisto produktų krautuves. Ten viskas supilama į vieną indą, kuriame sumaišomas pienas iš įvairių ūkių ir karvių. Pienas, turįs bakterijų, sumaišomas su pienu, neturinčiu bakterijų. Pienas yra nebloga dirva Ebert'o bacilams. Tuo būdu vartotojai gauna infekuotą pieną. Vartotojas nevisada virina pieną. Klausimas, kodėl žmonės, kurie gali gauti pasterizuotą pieną, geria nevirintą, nepasterizuotą pieną. Aš apie tai klausiau daug žmonių. Vieni sakė, kad nevirintas pienas skanesnis, riebesnis, kiti, kad geriau veikia skrandį kietų vidurių atveju.

Aš apie tai negaliu spręsti, nes mano namuose vartojamas tiktai pasterizuotas pienas. Šaltas pasterizuotas pienas yra labai skanus. Toks pienas neturi bakterijų, ir nėra pavojaus gauti typhus abdominalis, B-paratyphus, Bang'o arba tbc. infekcijos.

Iš pieno produktų turi reikšmės sviestas ir grietinė. Literatūroje aprašyta užsikrėtimo atsitikimų vidurių šiltine šitais produktais. Aš negaliu pasakyti, ar Kaune sviestas vaidina kurį nors vaidmenį. Nėsu nustatęs, kad sviestas neturėtų bacilų. Nuo grietinės esu matęs kelis B-paratyphus atsitikimus ir porą atsitikimų, tame skaičiuje ir vieno kolegos motiną, kur aš įtariau ledų (grietinėlės) vartojimą. Vis delto ir šitie produktai vaidina vaidmenį, nes, jeigu pienas turi bakterijų, tai jų gali būti ir šituose produktuose.

Senas priežodis, kad kas uždrausta, tat gardu, pasirodo teisingas ir šituo atsitikimu. Juo daugiau žmonėms kas nors

draudžiama, tuo daugiau pagundos daryti tai, kas draudžiama. Yra dar ir dabar žmonių, kurie, nepaisant draudimo, geria vandenį tiesiog iš upės. Nepaisant pavojaus vartoti nevirintą pieną, vis delto toks pienas geriamas.

Kaip matome, šiandien Kaune didžiausį vaidmenį vidurių šiltinės platinime vaidina pienas, mažesnį — kiti maisto produktai ir visai mažą vaidmenį — vanduo (išskiriant priemiesčius — Vilijampolę ir Aleksotą). Vandens klausimas mieste sureguliuotas įvedus vandentiekį. Reikia tikėtis, kad šitas klausimas greitu laiku bus išspręstas ir priemiesčiuose — Vilijampolėje ir Aleksote.

Didžiausia pieno dalis patenka į prekybą pasterizuota. Obligatoriškas pieno ir jo produktų, kaip, pvz., grietinėlės ir kitų, pasterizavimas, žymiau sumažintų užsikrėtimo pavojų vidurių šiltine per pieną.

Kiti maisto produktai, kaip, pvz., vaisiai, daržovės, salotos, dešros, mėsos konservai, vaidina daug mažesnį vaidmenį, negu pienas ir jo produktai.

Pašalinti visus bacilų nešiotojus ir bacilus išskiriančius individus iš maisto produktų prekybos yra labai sunkus uždavinys.

Aš dar noriu pasakyti porą žodžių apie bacilų nešiotojus. Yra žinoma, kad dauguma bacilų nešiotojų prieš trumpą laiką yra persirgę vidurių šiltine. Pas mus yra įsakymas, kad sergantieji typhus abdominalis turi būti gydomi ligoninėse valstybės lėšomis ir kad rekonvalescentai turi būti ligoninėje 14 dienų po temperatūros nukritimo. Aš netikiu, kad visi per tokį trumpą laiką atsipalaiduoja nuo bacilų. Šitas įsakymas turi būti pakeistas ta prasme, kad rekonvalescentai turėtų būti laikomi ligoninėje ilgesnį laiką, maždaug 3—4 savaites. Per šitą laiką būtinai turėtų būti padarytas tris keturis kartus išmatų tyrimas. Po keturių savaičių išrašyti bacilų nešiotojai neturi dirbti prie maisto produktų ir turi būti sanitariškai prižiūrimi tol, kol visai neturės bacilų.

Maisto produktų pardavėjų pamokymais apie švarą, dažną rankų plovimą, kad maisto produktai būtų liečiami tiktai švariomis rankomis, galima būtų vidurių šiltinės pavojus šituo atveju sumažinti iki minimumo. Nereikia užmiršti, kad vidurių šiltinė yra liga, kuri daugiausia randama tiktai tenai, kur nėra švaros. Visiškai prisilaikant švaros, šitas susirgimas galima visai išnaikinti.

AUTOREFERAT.

Die Epidemiologie des Typhus abdominalis in Kaunas.

Der Typhus abdominalis ist bis jetzt noch ständiger Gast in Kaunas. Vor 16 Jahren war er sehr stark hier vertreten. Die Hauptursachen sind hier das Wasser und die Milch.

Mit der Ausbreitung des Wasserleitung-und Kanalisationsnetzes wird er allmählich aus der Stadt verdrängt. Er erscheint noch in den Vorstädten, wie Aleksotas, Vilijampolė u. z. T. in Šančiai, dort, wo noch keine Wasserleitung und Kanalisation eingeführt ist. Hoffentlich wird mit der Einführung letzterer die Gefahr für eine Ausbreitung des Typhus abd. auch in diesen Stadtteilen verschwinden.

Ausser Wasser, spielt noch die ungekochte, unpasteurisierte Milch und ihrer Produkte eine grosse Rolle in der Epidemiologie des Typhus abd. in Kaunas. Eine obligatorische Pasteurisierung der gesamten Milch könnte die Typhusgefahr von dieser Seite stark vermindern. Die übrigen Nahrungsmittel spielen eine untergeordnete Rolle. In Bezug auf die Bacillenträger in den Nahrungsmittelbetrieben müssten Belehrungen und polizeilich-hygienische Massnahmen angewendet werden.

Dr. L. Goldšteinas.

Mažoji diferencinė diagnostika.

VI. Bronchitis chronica ar tuberculosis pulmonum?

Ligonis A. E., 64 metų, metalo fabriko darbininkas.

A n a m n e z ė. Apie 12 metų jisai turįs krūtinėje sunkumą, kuris atsiradęs palaipsniui. Jisai pradėjęs kosėti ir retkarčiais skrepliuoti. Sunkumas vis didėjęs ir dabar alsavimas pasidaręs trumpas. Jam esanti pripažinta asthma, ir daugiau kaip 7 metus jisai vartojąs astmos cigaretes, kurios jo dusulį sumažinančios ir suteikiančios palengvėjimą.

Ligonis ypatingomis ligomis savo gyvenime nesirgęs. Šeimoje plaučių ligų nebuvę, džiova niekas nesirgęs. Tik antri metai, kai žmona pradėjusi skųstis plaučiais ir kosėti. Jos kosėjimas prasidėjęs po gripo.

S t a t u s p r a e s e n s. Matomas gana žymus dyspnoe, jo kalba yra su pertraukomis po keleto žodžių. Jisai yra vidutinio ūgio, labai liesas, bet išvaizda ne kachektiška. Sveria 47 kg. Veido oda išblyškusi su cyanozišku atspalviu. Lūpos taip pat cyanoziškos.

Kūno temperatūra normali, 36,8°. Tvinksnis pagreitėjęs — 90 per minutę, taisyklingas. Kraujospūdis 135/65.

I n s p e k c i j a r o d o s i a u r ą, p a i l g ą t h o r a x'ą, a t i t i n k a m ą a s t e n i š k a i k o n s t i t u c i j a i. K v ė p a v i m o m e t u k a t r o s n o r s p u s ė s a t s i l i k i m o n e m a t y t i. P l a u č i ų r i b o s m a ž a i t e j u d a m o s i r s t o v i ž e m a i. P e r k u s i j a d u o d a v i s u r h y p e r s o n o r'o g a r s ą, i š s k y r u s k a i r i ų j ų p l a u č i ų v i r š u t i n i o p l o t o p r i e k į i r t a i p p a t i š s t e r n u m'o p u s ė s, k u r r a n d a m a s m a ž a s p a d u s l ė j i m a s. A l s a v i m a s p e r v i s u s p l a u č i u s y r a s u s i l p n ė j ę s, a t s k i r o s e v i e t o s e g i r d i m a s a u s ų k a r k a l ų, k a i r i u o s i u o s e p l a u č i u o s e p o r y š i a k a u l i u g i r d i m a s m u l k a u s k a l i b r o d r ė g n ų k a r k a l ų.

Širdies perkusija ir auskultacija duoda normalų vaizdą: širdis neišsiplėtusi, garsai švarūs.

Kiti organai tvarkūs. Kepenys nepadidėjusios. Blužnis neapčiuopiama. Refleksai tvarkūs.

Kojose edemų nėra. Ascites nerastas.

Pamėginkime ligonio nusiskundimus paanalizuoti.

Svarbiausias ligonio nusiskundimas yra jo dyspnoe (dusulys), kurį mes lengvai galėjome ir objektyviai nustatyti. Dyspnoe yra kardinalinis įvairių ligų symptomas, kuriuo verta susidomėti.

1. Patologiškų pakitimų plaučiuose, būtent, bronchito, broncho-pneumonijos, krupozinės pneumonijos ir emfizemos atsitikimais, dalis plaučių visai nebeveikia, arba tik iš dalies tedalyvauja kvėpavime. Dalis kraujo plaučiuose del to nesiarterizuoja, t. y. jisai negauna deguonio, ir tokio kraujo anglirūgštės (CO_2) spaudimas (Kohlensaeurespannung) yra didesnis negu normaliai. Toks stovis tuojau stiprina alsavimą anglirūgštės spaudimui išlyginti. Šitokiais atsitikimais mes turime vadinamą pulmoninio dyspnoe formą.

2. Kita forma yra kardialinis dyspnoe. Del blogos kraujo apytakos kūno audiniuose užsilaiko daug anglirūgštės, kuri taip pat atsiranda kvėpavimo centro apylinkėje. Didelis anglirūgštės spaudimas sukelia gilų ir sunkų alsavimą. Bet kardialinio dyspnoe atveju veikia dar vienas faktorius, būtent, plaučių stazė, kurios atveju alveolinis kvėpavimas yra sutrikęs ir tat apsunkina alsavimą.

Trečiasis kardialinio dyspnoe atsiradimo faktorius yra deguonio stoka kraujyje, kas atsiranda del blogos kraujo apytakos, ir, be dyspnoe, dar pasireiškia cyanoze.

3. Mes skiriame dar trečią dyspnoe formą — acidozinį dyspnoe. Šito dyspnoe atveju randame kraujyje fiksuotų rūgščių, kraujo atsarginiai šarmai yra sumažėję. Kraujo reakcijai išlyginti organizmas stengiasi stipriu alsavimu sumažinti kraujyje anglirūgštę. Šitokia hiperventiliacija sukelia dyspnoe. Diabetinis arba ureminis dyspnoe yra acidozinis, arba, kaip kiti vadina, hematogeninis dyspnoe.

4. Paskutinė dyspnoe forma yra cerebrinis dyspnoe. Arteriosklerozinės hipertonijos atvejais alsavimo centre del blogos lokalinės kraujo apytakos gali įvykti vietinė asphyxia. Kartais čionai įvyksta maži kraujavimai, kuriems dirginant kvėpavimo centrą, ligoniams atsiranda dyspnoe. Kartu pastebimi ir kiti cerebriniai reiškiniai, kaip, pvz., parezės, amaurosis ir panašiai. Šitokis cerebrinis dyspnoe nėra, kaip kitų formų kompensacinis veiksmas, bet sukelia negeistiną hiperventiliaciją ir organizmo alkalizaciją.

5. Reikalinga dar paminėti dyspnoe asthma bronchiale atveju. Šitokio patologinio stovio dyspnoe yra sukeliamas grynai nerviniu būdu, būtent, netaisyklingu nervus vagus funkcijavimu. Astminis dyspnoe yra refleksiško bronchų raumenų susitraukimo padarinys. Šitą bronchų spazmą sukelia n. vagus refleksas. Tuo pačiu laiku vagus veikia sekretoriškai, kas taip pat apsunkina kvėpavimą. Bet nepaisant to, alveolių oro prisipildymas eina, nors ir sunkiai, bet patenkinamai, ir del to kraujo dujų sudėtis yra normali.

I. Dabar šitą atsitikimą paanalizuokime kliniškai. Ar mūsų ligonis turi **kardialinį dyspnoe?** Ar jisai turi patologiškų pakitimų širdies arba kraujo apyta-

kos aparate? Ligonio apžiūrėjimas šitokios diagnozės nepatvirtina. Jo širdis nėra išsiplėtusi, garsai švarūs, jokio ūžesio negirdėti. Kraujospūdis normalus. Edemų ir stazių, kaip širdies aparato sutrikimo padarinio, nerandame. Vienintelis simptomas rodo tiktai kraujo apytakos sutrikimą, būtent, cyanozė, kurią mes galėjome nustatyti. Bet cyanozę mes sutinkame dešiniojo širdies skilvelio susilpnėjimo atsitikimu, kas pasitaiko dažnai plaučių ligose.

II. Mūsų ligoniui padaryta šlapimų analizė, kuri nieko ypatingo neparodė. Nei baltymų, nei cukraus nerasta, ir del to nebetenka galvoti apie **acidozinę dyspnoe**, diabetes mellitus arba uremijos ar ureminio stovio atsitikimais.

III. Kadangi mūsų ligonis turi 64 metus amžiaus, tai reikia rimtai pagalvoti apie arteriosklerozę ir **cerebrinį dyspnoe.** Bet apžiūrėjimas jokių sklerozinių duomenų nerodo, kraujospūdis normalus, refleksai tvarkūs, sklerozinių nusiskundimų, kaip, pvz., galvos skausmų, ūžimo ir t. t., ligonis neturi.

IV. Mums lieka pagalvoti apie **pulmoninę dyspnoe formą** ir del to mes turėsime akyliau ištirti plaučius.

Pulmoninis dyspnoe, kaip jau buvo sakyta, pasitaiko įvairių plaučių ligų atsitikimais. Mums šituo atsitikimu rūpi daugiau chroniškosios plaučų ligos. Pneumonia crouposa, bronchopneumonia, bronchitis fibrosa mūsų dabar nedomina. Tuo labiau mes turime apsvarstyti kitų chroniškų plaučių ligų galimumą.

Pats ligonis jau atėjo su savo diagnoze. Jisai mano turįs asthma bronchiale ir praneša, kad astmos cigaretės jam suteikiančios palengvinimą. Ligonio nurodymai diagnozei išaiškinti yra labai vertingi, bet jais reikia naudotis su kritika ir nepraleisti progos patikrinti ligonio tyrimo duomenis ir iš jų padarytas išvadas.

Kas yra asthma bronchiale? Kurie yra jos reiškiniai? Žinomas klinicistas Krause, kuris daug užsiiminėjo asthma bronchiale, šitaip ją definuoja: „Asthma bronchiale mes suprantame ligos vaizdą, kuris pasižymi sunkiais dyspnoe priepuoliais, kuriuos lydi plaučių išputimas (Lungenblaehung) ir būdingas sekrecijos sutrikimas“.

Taigi, be priepuolių nėra astmos. Vien dyspnoe ir dar kiti fiziniai reiškiniai, kaip antai, dainuojantieji ir švilpiantieji karkalai dar nereiškia astmos. Priepuoliai, eosinophilia ir būdingi skrepliai yra svarbiausieji bronchinės astmos reiškiniai.

Mūsų ligonio anamnezėje apie dyspnoe priepuolius nieko neminėta. Bet ir kitų astmos reiškinių nerasta. Skrepliuose

neradome nei Kurschmann'o spiralių, nei Charcot kristalų, nei eozinofilinių narvelių. Taip pat kraujyje eozinofilijos nerasta. Tuo būdu asthma bronchiale diagnozė atkrinta.

Mums belieka galvoti apie chronišką bronchitą su emphysema. Prisiminkime šitos ligos simptomatologiją. Emphysema yra senesnio amžiaus liga, kuri dažniausiai pasitaiko sunkiai dirbantiems vyrams. Emphysema yra darbininkų liga. Svarbiausieji emfizematikų nusiskundimai yra pasunkėjęs alsavimas arba dyspnoe, kuris ypač ūmėja nuo darbo. Be dyspnoe, randame ligonio plaučiuose katarinių reiškinių, t. y., chroniško bronchito žymių. Auskultacija ir perkusija štai ką rodo: plaučių ribos žemai nusileidusios ir esti mažai judamos. Dažnai absoliuti širdies riba yra sumažėjusi. Perkusijos garsas yra dažnai hipersonoriškas. Alsavimas yra susilpnėjęs ir dažnai galima girdėti švilpiančių ir dainuojančių karkalų.

Patologiškai anatomiškas emfizemos substratas yra plaučių audinio išsiplėtimas (Dehnung), atrophia ir anaemia.

Viskas, kas aukščiau pasakyta, tinka mūsų ligoniui. Mūsų ligonis turi dyspnoe, plaučių ribos mažai judamos, perkusija duoda dėžės garsą, alsavimas susilpnėjęs, vietomis randame sausų karkalų.

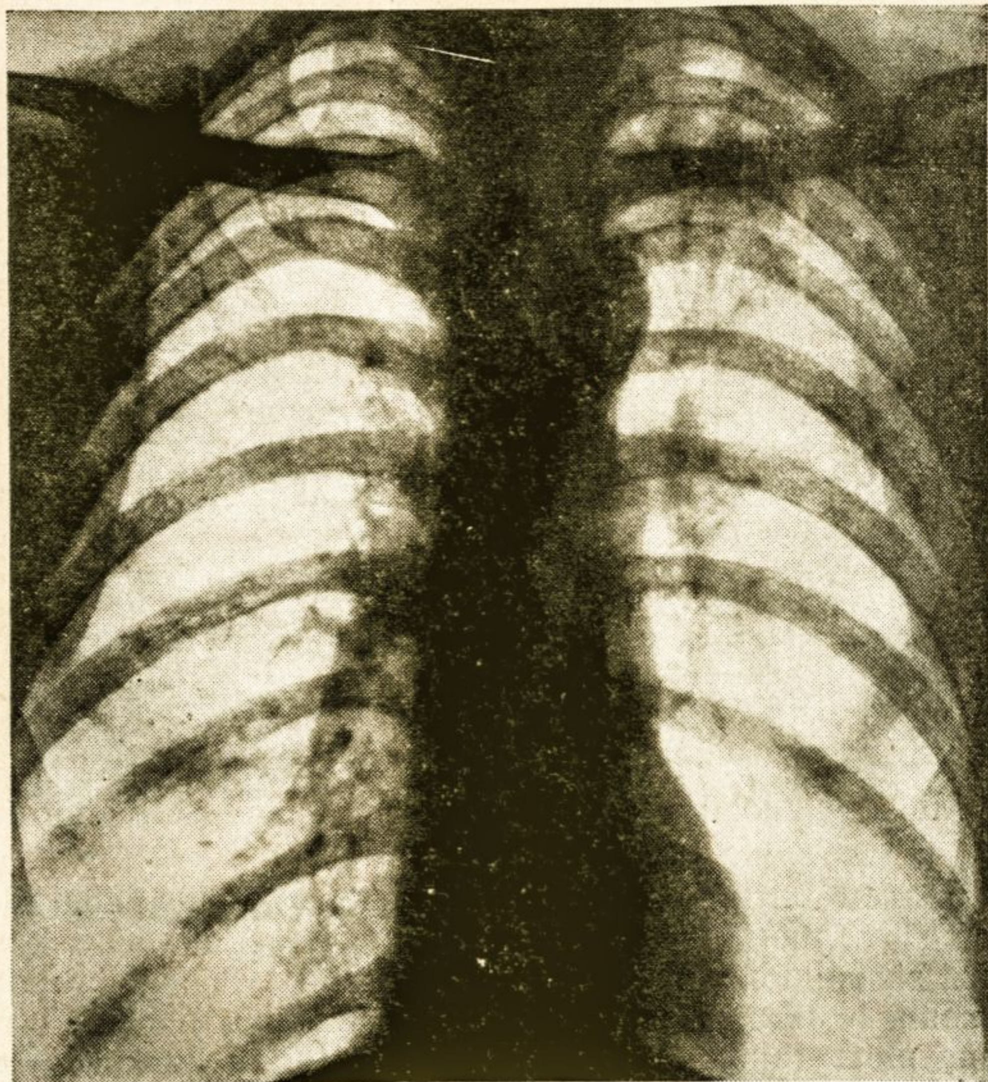
Bet, deja, dešiniųjų plaučių viršutiniame plote konstatuotas paduslėjimas ir čia rasta drėgnų karkalų. Paduslėjimo ir drėgnų karkalų chroniško bronchito su emfizema atveju nepasitaiko. Šitie fiziniai reiškiniai yra plaučių tuberkuliozės atributai, ir mums tenka įsigilinti, gal šitame beveik klasiškame emfizemos vaizde bus pasislėpusi ir plaučių tbc.

Svarbiausias tuberkuliozei surasti būdas yra skreplių tyrimas. Mūsų ligoniui skrepliai, kaip jau aukščiau pasakyta, buvo ištirti: astmos elementų nerasta, bet taip pat nerasta ir tuberkuliozinių bacilų bei elastingų skaidulių.

Tuberkuliozės vis del to atmesti negalima, ir mes turime toliau tirti, kad būtume visiškai įsitikinę.

Labai vertingas tyrimo būdas yra eritrocitų sėdimo reakcija, kuri tuberkuliozei išaiškinti labai padeda, nors ji ir yra nespecifiška reakcija. Pastebėta, kad tuberkuliozės atveju randama pagreitėjusi sėdimo reakcija, nes kūne vyksta uždegiminis procesas ir audinių griuvimas. Ir mūsų ligoniui buvo padaryta kraujo sėdimo reakcija pagal Westergreen'ą. Mes gavome štai kurį rezultatą: po 1 val.—15, po 2 val. — 32 ir po 24 val. — 64. Taigi, eritrocitų sėdimo reakcija yra pagreitėjusi, ir tuo būdu turime dar vieną momentą už tuberkuliozę.

Mūsų ligonio plaučių tyrimas nėra pilnas, ypač įtariant tuberkuliozę; dar reikia ištirti rentgenologiškai. Rentgenas dažnai išaiškina plaučių ligos rūšį. Rentgeno pagelba mes dažnai net galime nustatyti plaučių ligos patologoanatominę, kvalitacinę diagnozę.



1 rentgenograma.
Joje matoma: emphysema, bronchitis chron. ir caverna partis super. pulmon. sin.

Mūsų ligoniui padarėme rentgenogramą, kuri štai ką parodė (žiūr. 1 rentgenogr.): tarpšonkauliniai tarpai platūs, diaphragma stovi labai žemai, visuose plaučiuose matoma peribronchinių druožių: kairiųjų plaučių viršutinis plotas yra infiltravęsis, čia matoma ryšiakaulio projekcijoje apvali prošvaistė, iš hilus'ų į šitą prošvaistę eina druožės. Rentgenologiška diagnozė: Emphysema, bronchitis chronica, caverna partis sup. pulm. sin.

Taigi, mes matome, kad fizinis tyrimas (auskultacija ir perkusija) mūsų neapgavo. Mes radome plaučių infiltraciją ten,

kur buvo padusłėjimas ir drėgni karkalai. Kad ligonio apžiūrėjimas nerodė kliniškai kavernos simptomų, kaip antai, amforiško kvėpavimo arba metališkai skambančių karkalų, mūsų neturi stebinti, nes šitie simtpomai retai terandami kavernų atveju. Vadovėliuose, tiesa, minimi šitie kavernų simptomai ir dar kiti, kaip, pvz., Wintrich'o, Gerhard'o ir Friedreich'o fenomenai (Schallwechsel), bet gyvenime jie retai tepasitaiko. Kaverna kartais gali būti net visai nebyli („stumme Caverne"); tokia kaverna neduoda jokio ženklo apie savo ekzistenciją, nes ji visai nedalyvauja kvėpavime, jei prieinamas bronchas yra suspaustas.

Tačiau mūsų diagnozinis ratas nėra baigtas ir minėti radiniai negali mūsų patenkinti, mes tokiuo atsitikimu su ramia sąžine negalime statyti plaučių džiovos diagnozės, kol nėsame suradę pačių kaltininkų: tuberkuliozės bacilų. Mes, tiesa, buvome padarę skreplių tyrimą, kuris davė neigiamą rezultatą; tačiau vieno tyrimo nepakanka, ir, be to, reikėtų kitokiais būdais, kaip, pvz., gausinamąja metode (Anreicherungsverfahren) arba kultūros pagelba surasti Koch'o bacilų.

Padarėme kartotinę skreplių analizę.

Šitas antrasis tyrimas jau parodė skrepliuose keletą tuberkuliozinių lazdelių. Dabar absoliučiai buvo nustatyta šito atsitikimo diagnozė: **Tbc. pulmonum cavitaria su emphysema et bronchitis chronica.**

Mūsų diagnozinės pastangos galima suglaustai šitaip nusakyti:

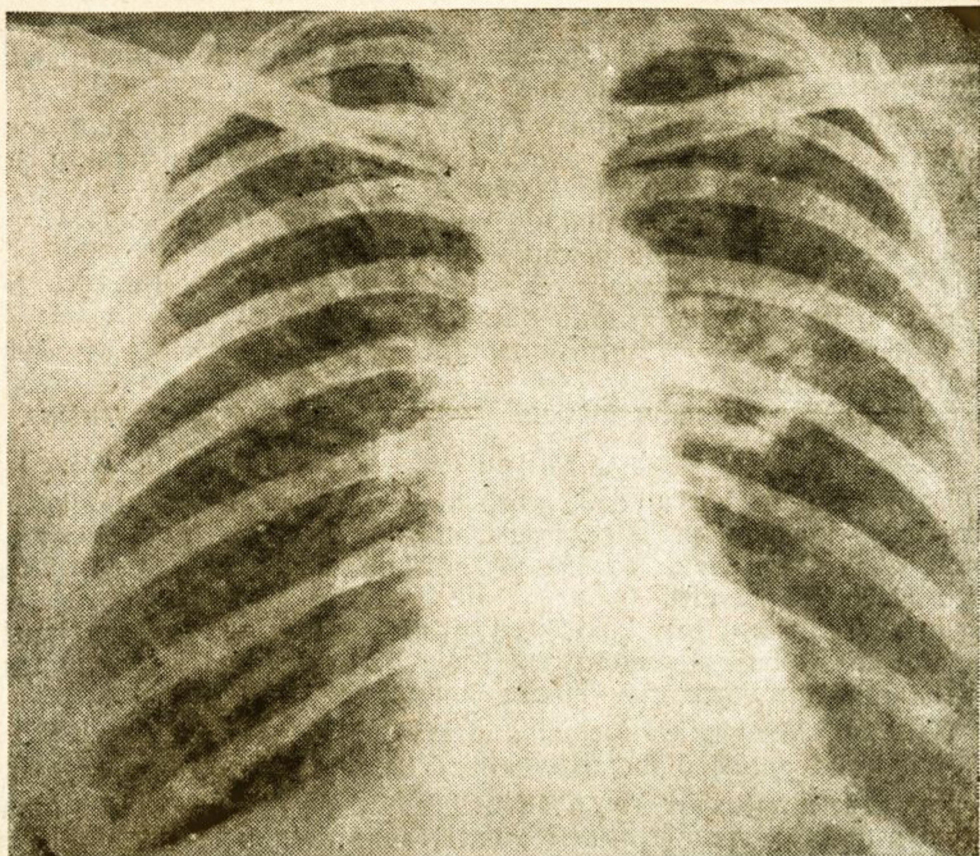
64 metų darbininkas, asteniškos konstitucijos, labai blogos mitybos, 12 metų serga plaučiais; skundžiasi dyspnoe, kosti ir mažai skrepliuoja. Temperatūra normali. Plaučiai rodo emphysema ir bronchitis chronica, bet kairiųjų plaučių viršutiniame plote randame padusłėjimą ir drėgnų karkalų. Kraujo eritrocitų sėdimas pagreitėjęs. Rentgenas rodo infiltraciją ir kaverną kairiajame viršutiniame plote. Kartotinai tiriant skreplius, rasta tuberkuliozės bacilų.

Epilogas.

Vienas tuberkuliozės atsitikimas šeimoje yra neįmanomas dalykas. Jau anamnezėje buvo pasakyta, kad mūsų ligonio žmona serganti plaučiais. Ji taip pat buvo mūsų patikrinta ir rasta panašios formos ir sunkumo džiova su caverna, taip pat kairiuosiuose plaučiuose arti hilus'o (žiūr. 2 rentgenogramą).

Mūsų ligoniui buvo paaiškinta jo ligos esmė; buvo nurodyta, kad liga yra limpama; pabrėžta, kad ypač jisai turi saugotis su skrepliais, patarta spjaudyti į indą ir skrepliai dezinfekuoti.

Paaiškinimai ligoniui jokio įspūdžio nepadarė. Liaudis apskritai netiki, kad senas žmogus galėtų sirgti džiova. Mūsų ligonis, kaip ir anksčiau, spjaudo, kur papuola, ir sėja visur ligą ir mirtį.



2 rentgenograma.
Joje matome tbc. caverna kair. plaučiuose arti hilus'o.

ZUSAMMENFASSUNG.

Kleine Differential-Diagnostik.

VI. Chronische Bronchitis oder Tbc. pulmonum?

An Hand eines Falles von Dyspnoe bei einem 64 jaehrigen Fabriksarbeiter, werden die verschiedenen Dyspnoeformen behandelt. Es werden unterschieden: I. Pulmonale D., II. Kardiale D., III. Haematogene oder acidotische D., IV. Cerebrale Dyspnoe, und V. Dyspnoe bei Asthma bronchiale.

Indem die Symptomatologie der verschiedenen Erkrankungen mit Dyspnoe kurz erwaehnt und mit dem Krankheitserscheinungen des beschriebenen Falles verglichen werden, wird die Dyspnoe als pulmonaler Natur erkannt. Klinisch wird die Diagnose chronische Bronchitis mit Lungenemphysem gestellt.

Da an einer Stelle der Lunge Schallverkuerzung und kleinblasige feuchte Rasselgeraeusche festgestellt werden, so wird auf Tbc. gefahndet. Tatsaechlich zeigt das Roentgenbild eine Kaverne und Infiltration. Bei dieser Gelegenheit wird die Differential-Diagnose zwischen Bronchitis und Tbc.pulmonum besprochen.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

16. W. Raab (Viena): **Möglichkeiten der Arterioskleroseverhütung.** (Galimumai apsisaugoti nuo arteriosklerozės) („Münch. med. Wschr." 1939 m. 18 nr.).

Autorius po įvairiausių išvedžiojimų apsisaugoti profilaktiškai nuo arteriosklerozės prieina šias išvadas:

1. Sumažintinas vartojimas (10—15 % visų kalorijų) kiaušinių trynių, sviesto, gyvulinių riebalų, daugiau vartotina miltinių produktų, bulvių, vaisių, daržovių, žuvų. Šitaip darytina iš pat jaunumės.
2. Atsisakytina nuo tabako rūkymo.
3. Vengtina per daug degintis saulėje.
4. Sunkiais arteriosklerozės atvejais švitintina antinksčių ir hypophysis'o sritys, duotina lytinių liaukų hormonų.
5. Nesivestina su arteriosklerotiku, taip pat žiūrėtina, ar tėvai nebuvo arteriosklerotikai.
6. Žiūrėtina psichinė higiena. *N. Indrašius.*

17. G. M. Findlauy: **Virus'ų ligos.** („Brit. med. J." 1939. I. 258).

Dabar žinomi jau apie 35 virus'ai, kurie sukelią žmonių ligas. Kitų virus'ų, kurie kenksmingi bakterijoms, augalams, vabzdžiams, žuvims, amfibijoms, paukščiams ir t. t., esą priskaitoma net keletas šimtų. Visi virus'ai turį keletą bendrų bruožų. Jie visi esą mažesni už mažiausias bakterijas. Prakošiant pro kolodijaus filtrus, esą rasta, kad mažiausi jųjų ne ką didesnį už baltymo molekulę. Visi virus'ai augą tik gyvoje medžiagoje. Jie labai patvarūs cheminiams junginiams ir išdžiūvimui.

Geltonojo drugio virus buvęs džiovinamas 7½ metų ir po to dar buvęs labai patogeniškas beždžionėms. Virus'ai lengvai duoda variacijas.

Kas yra tie virus'ai? Yra dvi teorijos. Viena mano, kad tai esą mažiausi organizuoti gyvi vienetai, kurie eina iš generacijos į generaciją. Jie gali būti matomi pro mikroskopą, pvz., raupų, psittacosis, trachoma, molluscum contagiosum, lymphogranuloma inguinale, varicella, herpes zoster, influenza sukėlėjai. Kiti mano, kad tai esą autokatalitiniai enzimai. Ypač pastaroji teorija gavusi daug paramos iš paskutinių metų tyrimų su tabako mozaikos virus'u. Buvęs gautas proteinas, net kristališkas, labai didelio molekulinio svorio, kurį perkeliant iš celės į celę arba augalą buvęs gaunamas susirgimas. Jis artimas nukleoproteinams. Toks kristališkas proteinas, patekęs į celę, sukeliąs autolizuojančius procesus. Virus'ų infekcija plečiantisi arba kontakto keliu (lymphogranuloma inguinale etc.) arba lašų infekcijos būdu (influenza, poliomyelitis, tymai). Sudžiūvęs virus'as galįs susargdinti, pvz., seniai žinomas pernešimas drabužiais raupų virus'o. Vabzdžiai, kaip, pvz., moskitai ir kiti, perneša virus'ų ligas (geltonasis drugys, dengue). Kadangi virus'ai esą grynai interceliuliniai parazitai, tai jų veikimas celėms ir esąs svarbus. Virus'as paliečiąs dažnai celes ne tuojau įėjęs, bet tolimesnes. Iš vietinių esą žinoma herpes, molluscum contagiosum, lymfocitinis choriomeningitis. Pro odą virus'ai praeiną, jei ji esanti truputį skarifikuota. Kitus virus'us įnešąs gyvių įkandimas, pvz., rabies, geltonasis drugys. Pro gleivines pereina ir be sužeidimo, pvz., pro konjunktivą trachoma, herpes; pro burną — parotitis epid. etc.; pro nasopharynx'o gleivinę — tymai, sloga, variola, varicella, persišaldymas etc. Tik alimentarinis traktas esąs reta įėjimo vieta, nes rūgšti skrandžio sunka galinti sunaikinti virus'ą. Bet eksperimentuose su gyvuliais galima ir tuo būdu užkrėsti.

Patekęs virus'as į kūną veisiąsis čia pat arba esąs kraujo ar lymfos takais išnešiojamas po visą kūną. Nuo to iš dalies pareinąs ir inkubacijos laikas. Esanti žinoma ilga rabies inkubacija, nes tas virus

plečiąsis nervais. Ilgiausias inkubacijos laikotarpis esąs žinomas 16 mėnesių. Ką veikia virus per tą laiką ir kaip jis pasidarąs ūmai patogeniškas, nėsą žinoma.

Kai virus pasidaro aktyvus, tai jis galįs veikti dvejopai celę: arba celės esančios stimuliuojamos, jos dauginąsi ir gaunamas hiperplastinis audinys (pvz., Roux sarcoma vištoms, infekcinės žmonių karpos, arba virus tiek pakenkiąs celės metabolizmą, kad ji nekrozuojanti, pvz., geltonasis drugys, poliomyelitis anterior). Savo veikimui virus'ai dažnai turį mėgiamą audinį ir kituose audiniuose jie neveikią. Bet kiti virus'ai galį paliesti įvairius audinius (pvz., herpes). Išimti iš gyvo organizmo visi virus'ai gerai augą embrioniniuose audiniuose.

Ar virus'ai duoda citologinius pakitimus celėje beaugdami? Esą rasta daug pakitimų celėse, sergant virus'ų ligomis, bet jų kilmė ir esmė dar iki šiol neaiški.

Išskiriami virus'ai kartu su sekretais — odos (variola, varicella) pūliais, skrepliais ir snargliais (poliomyelitis, tymai, influenza, persišaldymo virus'as), seilėmis — rabies, mumpp, herpes etc. taip pat išmatomis ir šlapimais.

Virus'ai sukelią daugiausia ūmines ligas ir po to lieką̨s imunitetas. Bet esą ir chroniškų susirgimų ir be ryškaus imuniteto. Esą manoma, kad imunitetas yra celularinis, nors esą randami įvairūs antikūniai, bet jų paprastai esą per maža, norint išaiškinti stiprų ir pastovų imunitetą. Vaistų nuo virus'ų ligų (be trachomos ir lymphogranuloma inguinale) neturime. Todėl reikėtų stengtis gauti profilaktinė imunizacija.

A. Čeičys.

18. P. Santy et P. Mallet (Guy): **Le déficit pondéral postopératoire; séquelle éventuelle des la gastrectomie pour ulcère.** („La presse méd." 4. Sausio 1939).

Autoriai ištyrę 93 per 12 metų operuotuosius del skrandžio opos. Buvę tiriama rentgenologiškai skrandžio sunka ir pankreas'o lipazės veikimas (išorinės pankreas'o sekrecijos tyrimas). Iš visų duomenų išeina, kad geriausiai laikėsi tie, kurių paliktoji skrandžio dalis buvo pakankamai didelė, kad galėtų išsivystyti tuštimas panašaus didumo kaip skrandis. Jų išsituštinimas buvęs kaip normalus, su pakankamai ilgomis pertraukomis. Jei tokiems esą per maža rūgšties, tai galima duoti ac. muriaticum. Blogai buvę su tokiais, kurių skrandis likęs labai mažas — tokiems reikią valgyti nedideliais kiekiais, bet dažnai.

Apskritai svorio kritimas del ligos ir operacijos išsilygindavęs po maždaug 3 metų. Jei to nebūdavę, tai būdavusi kalta kita liga, pvz., džiova arba perdaug suvaržyta dieta. *A. Čeičys.*

19. P. Foucaud: **Valeur de la cuti-reaction en milieu tuberculeux.** („La presse méd." 1939, 1 nr.).

Kutaninę tuberkulino reakciją autorius radęs teigiamą maždaug 73% nuo 0—18 metų amžiaus vaikų, jei jų tėvai buvę tuberkuliozininkai, turį atvirą formą, ir 24%, jei tėvai neturėję atviros formos. Jei tokia reakcija būdavusi pirmais vaiko metais, tai tėvai sirgdavę 100%. Neigiamų reakcijų beveik vienodas skaičius iš atvirų formų ir uždarų. Autorius mano, kad infekcija turinti būti tam tikro gausumo Koch'o bacilų, kad reakcija pasidarytų teigiama. Jei mažesnis kiekis bacilų, tai ji liekanti neigiama, nors infekcija ir esanti. *A. Čeičys.*

20. L. Meunier: **De l'huile d'olive comme diagnostic et traitement des affections de la région sous-hèpatique.** („La presse méd." 1939. I. 4).

Autorius daręs tyrimą, norėdamas nustatyti, ar pankreas veikiąs normaliai ar ne hiperacidinės skrandžio sekrecijos atveju: duodąs ligoniui valgį, kurio pamatą sudarą bulionas su cerealijomis. Tuo pačiu metu duodąs alyvų aliejaus ir kapsulę su karminu. Kada išmatos randamos raudonai nudažytos, tai tiriamos mikroskopiškai. Jei išmatose randama rie-

balų ar rūgščių, tai pankreas'o sekrecija nepakankama, o gal net ir kepenų. Jei randama krakmolo, tai tat rodą, kad yra per didelis skrandžio rūgštingumas, kuris stabdo pankreas'o ptialino veikimą. Terapiškai abiejais atvejais gerai esą duoti alyvų aliejaus, kuris stabdąs rūgščios skrandžio sunkos gaminimąsi ir sukeliąs didesnę pankreas'o sulčių ir tulžies sekreciją.

A. Čeičys.

21. Z w i c k e r: **Die Röntgendiagnostik der Gallenwege.** („Münch. med. Wschr." 1939 m. 14 nr.)

Rentgenologiškas tulžies pūslės tyrimas esąs daromas be ir su kontrastiniu preparatu.

Prašviečiant tulžies pūslę, nepripildytą kontrastinio preparato, negaunama šešėlio, be to, padengiamos žarnos. Svarbu, kad žarnos būtų išvalytos, ypač be dujų.

Autorius pataria daryti tulžies pūslės prašvietimą tik su kontrastiniu preparatu.

Tam tikslui esąs naudojamas phenolphtalein'as, kuris selektyviai pro kepenis išsiskiriąs į tulžies pūslę.

Geriausią šešėlį duoda du su jodu pagaminti preparatai: phenoltetrajod-phtalein'as ir tetrajod-phenol-phtalein'as.

Su duodeniniu zondu padaroma vadinamoji intraduodeninė cholecystographia; taip pat galima ir per rectum įduoti kontrastinis preparatas. Šitie abu būdai esą atmestini. Šiandien tevartotina intraveninė ir oralinė cholecystografija.

Intraveniškai įleidžiama jodtetragnost'o 0,04 kilogramui kūno svorio. Leidžiama iš lėto, maždaug 15—20 minučių. Praktikuojama taip, kad 3,0 preparato substancijos ištirpinama 40-tyje gramų sterilaus vandens, o jei reikia 4-rių gramų, tada jau tirpinama 60-tyje gr. sterilaus vandens.

Oralinė cholecystografija priklausanti, pasak autoriaus, nuo paruošimo gėrimui kontrastinio preparato. Naudojant oralinį būdą, dalis preparato nuosėdų susirenkanti žarnose ir trukdą, ypač storesniems žmonėms, o leidžiant kontrastinę masę intraveniškai, tiesiog pro kepenis išsiskirianti į tulžies pūslę.

Kontrastinis preparatas duodamas 18 ar 19 val. Kitą dieną apie 9 val. fotografuojama paguldžius ligonį kniūpščią, paskui vėl fotografuojama apie 16 val. stovintį. Padarius rentgenogramas duodama 3-jų kiaušinių tryniai, kurie sukelią išsituštinimą. Normaliai tulžies pūslė išsituštinanti per 1½—1¾ val. Jei po 1¾ val. pasilieką didelis kiekis liktinės tulžies, tada vėl duodama 2 kiaušinių tryniai. Per tą laiką vis tikrinama rentgenologiškai.

Daugeliu atsitikimų del patologiškų tulžies pūslės pakitimų sumažėjąs arba net visai pranykstąs koncentracijos pajėgumas, tada negaunama kontrastinio preparato šešėlio. Aiškus šešėlis rodąs, kad tulžies pūslės epitelis esąs patologiškai nepakitęs. Labai retai pasitaikąs ryškus šešėlis tulžies pūslės uždegimo atvejais. Tat aiškinama tuo, kad, be patologiškų epitelio pakitimų, vykstanti ir jo regeneracija.

Tulžies pūslės šešėlio formos pakitimas būnąs del įgimtinių ir įgytinių pūslės ydų.

Svarbiausios įgimtinių tulžies pūslės ydos, deformuojančios šešėlį, esą pūslės divertikulas, pūslės persilenkimai, persismaugimai ir kt.

Prie įgytinių ydų priklausą įvairios tulžies pūslės deformacijos, atsiradusios del pericholecystito, kuris duodąs ne tik pūslės deformacijas, bet labai dažnai paliečiąs ir koncentracijos pajėgumą.

Ptosis vesicae fellae atsirandąs del bendrinio enteroptosis'o, o kartais del jungiamojo audinio silpnumo. Labai dažnai kombinuojąsi abu galimumai.

Pastebimi solitariniai akmenys dažniausiai pasitaiką ductus cysticus kaklelyje, II liumbalinio slankstelio processus transversus iš dešinės aukštumoje. Visa grupė akmenų paprastai būnanti pačioje tulžies pūslėje. Jų forma pareinanti nuo padėties, skaičiaus ir cheminės sudėties.

T. Šiurkus.

VAIKŲ LIGOS.

13. Brander: **Einige konstitutionelle Momente in der Aetiologie der Frühgeburt.** („Mschr. Kinderheilk." 1939 m. 77 t., 12 p.).

Kūdikių mirtingumas sumažėjęs, tačiau ankstybasis mirtingumas, kurio 70% sudarą neišnešioti naujagimiai, esąs didelis. Be to, 50% neišnešiotų mirštą iki mokyklinio amžiaus. 10% likusių mokykloje pasireiškią su inteligencijos trūkumais, nekalbant apie kitokį smegenų ir konstitucinį nepakankamumą. Nepaisant pastangų ankstybų gimdymų būną beveik kas dešimtas, taigi, ypač svarbu tyrinėti jų priežastis.

Autorius tyręs 376 ankstyvus gimdymus Helsinkio universiteto klinikoje 1919—1927 m. Gimimo protokolai parodę, kad nėštumo ir gimdymo komplikacijos, kaip, pvz., toksikozės, infekcijos, dvyniai, placentos anomalijos, buvę 186 atsitikimais (49,5%); nekomplikuotų atsitikimų buvę 190 (50,5%).

Senesnės statistikos nurodą ½% ankstyvų gimdymų priežastimi motinos hipertireozę. Autoriaus medžiagoje struma figūravusi 1,9%, tačiau, pačiam ištyrus beveik ¾ motinų, net 15,4% atrasta struma ir tyreotoksiniai reiškiniai.

Nekomplikuotų ankstyvų gimdymų motinų skaičiuje palyginti daug buvę mažaūgių. Labiausiai buvęs kreipiamas dėmesys į įprasto familinio neišnešiojimo dažnumą. 376 tirtų motinų šeimose 28,6% gimdymų buvę ankstyvi, tos pat gyventojų klasės bendras ankstyvų gimdymų dažnumas tik 12,8%. Tat rodą, kad palinkimas ankstybam gimdymui esąs ir paveldimas.

P. Baublys.

14. Heller: **Über Säugungsimmunität beim Menschen.** („Jahrb. f. Kinderklk." 1939 m. 152 t., 211 p.).

Hufeland 1799 m. pastebėjęs, kad raupais persirgusios motinos ar žindytojos pienas apsaugojąs nuo raupų kūdikį. Ehrlich įrodęs, kad apsauginės medžiagos į vaiką pereinančios ir per placentą ir per pieną. Kiti autoriai piene atradę difterijos antitoksino, kurio kiekis pareinąs nuo kraujo serumo kiekio, tačiau esąs 200 kartų mažesnis. Tetanus'o antitoksino rasta colostrum'e. Degkwitz, Helmreich, Pfaundler nurodą vadovėliuose, kad moters pieno antikūniai imunizuoją žindomą kūdikį. Groër ir Kassowitz, tikrindami Schick'o reakciją žindomiems ir dirbtinai maitinamiems kūdikiams, radę, kad žindukų imunitetas prieš difteriją laikąsis ilgiau negu dirbtinai maitinamų. Tačiau iš čia dar neaišku, ar pieno antitoksinas čia turįs reikšmės. Gal žindukų geresnis mitybos stovis, retesni susirgimai, negu dirbtinai maitinamų, ilgiau išlaiko imunitetą.

Salge, suleidęs žindytojai difterijos antitoksino, gavęs jos žindomų kūdikių antitoksino serume padaugėjimą.

Much ir Hapich panašių rezultatų gavę su tetanus'o antitoksinu.

Autoriai suleidę motinoms po 10.000 vien. priešdifterinio serumo ir tyrę 22 jų kūdikių serumo antitoksino kiekį prieš injekciją ir 5 d. po injekcijos. Tik trims radę antitoksino titro padidėjimą.

Išvedama, kad su pienu kūdikis visai negaunąs ar nedaug gaunąs imuninių kūnų, kurių biologinė vertė nedidelė. Žindomų ir dirbtinai maitinamų kūdikių skirtingas atsparumas prieš infekcijas pareinąs ne nuo trofogeninio imuniteto.

Tačiau negalima paneigti, kad krūtimi maitinimas neturįs įtakos atsparumui, tik tas atsparumas esąs ne specifiškas, o bendrinis.

P. Baublys.

15. Ch. Dieck: **Eine Eosinophilie bei Frühgeburten.** („Mschr. Kinderheilk." 1939 m., 78 t., 64 p.).

21 neišnešiotam kūdikiui tirtas kraujas, ypatingai kreipiant dėmesį į eozinofilų procentinį skaičių (norm. 4%) ir absoliutų kiekį (norm. 500 kub. mm.). 16-ai kūdikių rasta didelė eozinofilija, atsirandanti 2—3 savaitę ir pranykstanti tik po kelių savaičių. Didžiausia eozinofilija rasta 22% ir 2.400 kub. milimetre. Tos eozinofilijos negalima išaiškinti paprastomis priežastimis, nes nė vienam tų kūdikių nerasta eritemos, eksudacinės diatezės, kitų odos susirgimų, kirminų. Eozinofilijos didumas nepareinąs nuo gimimo svorio, maisto, gimimo laiko, ypatingų vaistų davimo.

Daugiausia sąsyjo gal būtų tarp eozinofilijos ir kraujo griuvimo. Daugiausia eozinofilų turėję kūdikiai, kuriems buvę mažiausia Hb. ir eritrocitų. Su geltlige eozinofilija jokio sąsyjo nėsą.

Iš 7 mirusių kūdikių 4 turėję ypač ryškią eozinofiliją. Dviem iš jų eozinofilai nepranykę iki pat mirties. Tat rodytų neišnešiotų kūdikių eozinofilijos skirtingą reikšmę ir pačių eozinofilinių celių skirtingą funkciją negu suaugusiųjų kraujyje. *P. Baublys.*

16. W. Hirsch: **Die Takatareaktion als prognostisches Hilfsmittel bei kindlichen Herzerkrankungen und bei Ernährungstörungen des Säuglings.** („Jahrb. Kinderheilk." 152 t. 316 p. 1939 m.).

Takata reakcija (TR) su kraujo serumu nurodanti kraujyje esančių apsauginių koloidų, trukdančių precipitaciją, kiekį. Jei reakcija teigiama, tada serume esąs padidėjęs globulinų kiekis. Kadangi kraujo serumo sudėtinės dalys daugiausia esančios iš kepenų, tai kepenų pakenkimas atsiliepiąs ir serumo savybėms. TR, nurodanti serumo koloidų pakitimą, nėsanti tiktai kepenų funkcinis tyrimas, bet vis delto išeinanti visada teigiama, kur, sutrikus kepenų funkcijai, iškrintąs koloidų apsaugos veikimas.

TR technika nesudėtinga, rezultatai žymimi trimis kryželiais.

TR nurodanti kepenų nepakankamumą, kurio etiologijoje gali būti ūminiai ar chroniški parenchimos pakitimai, pirminiai ir antriniai nuo inkstų, kraujo ligų, tbc., sepsio ir kitų infekcinių ir toksinių susirgimų, taip pat esant širdies dekompensacijai. Teigiama TR turinti svarbios prognozinės reikšmės.

Jauname amžiuje TR del organizmo labiliškumo išeinanti teigiama visais atvejais, kada sutrinkanti kepenų apsauginė funkcija, ar pakintą kraujo koloidai, pvz., tyfo, pneumonijos, sepsio ir t. t. atsitikimais.

Širdies ligoniams vaikams TR svarbi prognozei. Apskritai dažnai ji atitinkanti kraujo kūnelių nusėdimo reakciją. Teigiama TR atsirandanti tik sunkiais širdies susirgimais. Neigiama TR labai taisanti prognozę. Ypač gerėjanti prognozė, jei gydant teigiama TR pereinanti į neigiamą. Teigiama TR dažnai išeinanti ligoniams, kur kepenys nepračiuopiamos, ji yra pastovesnė negu pagreitėjęs kraujo sėdimas, jautresnė kaip šlapimų urobilinogeno reakcija ir daug patogesnė negu kraujo diastazės tyrimas.

Tyrinėta TR ir viduriuojantiems kūdikiams. Paprasta dyspepsija ėjo su neigiama, toksikozė su teigiama TR. Dyzenterija sergančių TR buvusi neigiama, gal del griežtos ligos lokalizacijos žarnose. *P. Baublys.*

CHIRURGIJA.

13. G. Mauer: **Habituellen Schulterluxation.** („Münch. med. Wschr." 1938 m. 41 nr.).

Operacija daroma pagal Eden'ą: odos pjūvis išilgai m. coracobrachialis, kuris prisikabina prie proc. coracoideus. Skersai perskyrus m. subscapularis raištį, atidaroma sąnarinė kapsulė apatinėje priekinėje da-

lyje. Priekinėje cavitas glenoidalis dalyje yra padaroma elevatoriumi tokia kišenė, į kurią 4—5 cm. ilgumo tibijos skeveldra, padengta periostu, yra įstatoma ekstrakapsuliariai taip, kad išsikištų 1 cm. viršuj limbus'o į priekį. Periostu padengta skeveldros dalis atsukama į raumenis, nes tada esanti geresnė mityba. Išplėsta kapsulė sutraukiama. Susiuvus raumenis ir odą, uždedamas fiksuojamas tvartis abdukcijoje 4—6 savaitėms.

Autorius turėjęs prieš metus 26 atsitikimus tuo būdu operuotųjų, ir recidyvų nepasitaikę, nepaisant, kad jų tarpe daug buvę sportininkų ir kitų fizinio darbo darbininkų. Iš tų 26 atsitikimų 22 atvejais nebuvę jokių objektyvių ir subjektyvių trūkumų. 4-riais atvejais buvęs nedidelio laipsnio sąnario judrumo aprėžimas, kuris mažai arba visai netrukdęs sąnario funkcijos. *T. Šiurkus.*

14. Dr. v. Jagić ir O. v. Zimmermann: **Totale Thyreoidektomie bei Herz- und Kreislaufkranken.** („M. m. W." 1939 m. 6 nr.).

Autorius jau seniai pastebėjęs, kad morbus Basedovii atveju po strumektomijos pasitaisydavęs, be kitų tyreotoksinių simptomų, ir širdies nepakankamumas. Amerikiečiai Levine ir Blumgardt pirmieji pradėję vartoti thyreoidektomia širdies ligų atsitikimais. Pagal įvairius autorius tiksliai nustatytinos indikacijos ir kontraindikacijos gydant širdies nepakankamumą tyreoidektomijos pagelba dar nėsą galima, tik iš viso esą matyti, kad tam gydymui geriausiai tinką nepasiduodą kitokiam gydymui angina pectoris priepuoliai, širdies nepakankamumas, ypač su tachikardijomis (tachycardia paroxysmalis), ir ankstyvas digitalio nepakėlimas. Autorius stebėjęs 18 atsitikimų, iš kurių 11 buvo operuota del širdies nepakankamumo ir angina pectoris, o 7 del hypertonia essentialis, claudicatio intermittens ir širdies nepakankamumo emfyzemos atsitikimais. Pagerėjimai iki 1½ metų buvę tik angina pectoris atvejais. Širdies nepakankamumo atveju pagerėjimai buvę tik trumpam laikui, o paskui buvę taip, kaip ir prieš operaciją. Pagerėjimų buvę ir claudicatio intermittens atsitikimais. Išvadoje autorius siūlo sekti toliau tireoidektomijos veikimą angina pectoris ligai ir širdies nepakankamumui. *J. Elvikis.*

15. Winter, G.: **Neue Wege der Krebsbekämpfung.** (Nauji keliai kovoje su vėžiu) („Zbl. Gynäk." 1938, 1234—1250; cit. iš „Berichte u. d. ges. Gynäk. u. Geburstb." B. 37, H. 11/12, 641).

Autorius nagrinėja kovos su vėžiu trūkumus. Vėžio nepažinimo esama neperdaugiausia, bet vis delto, pagal Lombold'ą 20% ligonių į kliniką siunčiami tik po 1 mėn. nuo pirmosios konsultacijos, 50% ligonių per vėlai kreipiąsi į gydytoją. Kovai prieš tai autorius siūlo aiškinti visuomenei vėžio simptomus. „Vėžio baimės" nėsą pagrindo bijotis, nes, išaiškinus simptomus, galimumą vėžį išgydyti ir reikalą anksti kreiptis į gydytoją, bus kovojama ir su vėžio baime. Gyvą žodį autorius laiko stipriausiu ginklu kovoje prieš vėžį; siūlo panaudoti radiją ir literatūrą.

J. Petrauskaitė-Meškauskienė.

16. H. Lauber et Rosenfeld (Marburgas): **Histologische Untersuchungen über das Verhalten des Vitamins C in der verschiedenen Organen während der Wundheilung.** (Histologiniai tyrimai apie C-vitaminą įvairiuose organuose žaizdos gijimo metu) („Klin. Woch." 1938 m. 45 nr.).

Duodant mažas A-vitamino dozes pastebėtas jau greitesnis žaizdų gijimas. Autoriai mėgino nustatyti C-vitamino veikimą, po paodinio ir vietinio jų įvedimo. Tam tikrais atvejais jų veikimas organizmui pastebėtas tik esant C-vitamino deficitui organizme. Pavartojus C-vitamina vietoje, veikimo negaunama, nes C-vitaminas oro įtakoje suyrąs. Tolesni autorių tyrimai parodę, kad žaizdos gijimo metu valgiui esant neturtingam C-vitaminu, jo nuostolis stebimas antinksčiuose, hypophysis'e ir lytinėse liaukose, palyginus šituos reiškinius su tokiais gyvulių, gaunančių su maistu pakankamai vitaminų. Kita gyvulių (jūros kiaulyčių) grupė, be maisto su

normaliu C-vitamino kiekiu, dar gaudavusi kasdien po 100 mg. redoxon'o. Šita grupė gijusi gerai. Granuliacijose, taip pat ir gretimoje odoje, buvę rasta daug C-vitamino.

Šitie bandymai parodą, kad C-vitaminas žaizdoms gydyti vaidiną nemažą vaidmenį. Maiste esant askorbininės rūgšties deficitui, žaizdų gijimas pasunkėjąs ir organizmo sandėliuose (gl. suprarenales, hypophysis, lytinės liaukos) greitai ir žymiai sumažėjąs juose esamos askorbininės rūgšties kiekis. Reikia manyti, kad žaizdų gijimo metu apskritai C-vitamino eikvojimas didėjąs. Net teikiant su maistu vienodus C-vitamino kiekius, proceso gijimo pabaigoje antinksčiuose rasta mažiau askorbininės rūgšties negu pradžioje. Tačiau šitas nuostolis lengva papildyti teikiant kasdien po 100 mg. redoxon'o. Paskutiniu atveju askorbininės rūgšties nuostolis antinksčiuose nepasireikšdavęs, nes visiškai buvęs padengiamas.

Kliniškai šitie tyrimai turį tą reikšmę, kad stingant C-vitamino pasireiškią sunkiausi regeneracijos sutrikimai. Blogai gyjančių žaizdų priežasties daug dažniau reikią ieškoti ir aprašytame veiksnyje ir atitinkamai paveikti terapiškai. *T. Goldbergas.*

UROLOGIJA.

9. J. Rivoir (Atenai): **Latente Wirbeltuberkulose ein Nierenleiden vortäuschend.** (Slankstelio slapta tuberkuliozė, simuliavusi inksto susirgimą) („Z. Urol. Chir." 44. 1).

Slankstelio chroniško tuberkuliozinio susirgimo slapta forma nesanti retenybė. Tuo pat kartu žinoma, kad slankstelio tuberkuliozė net ir toli pažengusiais atsitikimais galinti būti nepastebėta ir nepaisant sunkių pakitimų nesama reiškinių, kurie padėtų nustatyti teisingą diagnozę. Dažnai diagnozė nustatoma pasirėmus pūlių susitelkimu abscessus congestivus pavidalu. Šito susirgimo slapta forma pasitaikanti dažniau suaugusiems negu vaikams, nes pastariesiems patologiški pakitimai, nusiskundimai ir iškrypimai atsirandą ligos vystymosi pradžioje. Taip pat žinoma, kad retais atsitikimais slankstelio tuberkuliozė galinti simuliuoti kitus susirgimus, k. a.: appendicitis (del skausmų pilve), lumbago, ischias, neuralgia intercostalis, ir tuo būdu suklaidina. Supainiojimas gi su inkstų susirgimu esąs be galo retas. Literatūroje autorius radęs tiktai 1 atsitikimą (Rumunijoje).

Autoriaus atisitikimas šis:

Moteris, 50 metų amž., labai nutukusi. Tėvai ir 6 broliai bei seserys esą sveiki. 25 metų amžiuje buvęs bronchitas ir apicitis dextra su t^{o}-ra, bet be kitų simptomų. Nuo to laiko buvusi sveika. Paskutiniais dvejais metais atsiradę nedideli skausmai dešin. inksto srityje, iradijavę paliai ureterį ir stiprėję bevaikščiojant. Skausmai kartodavęsi su protarpiais. Dažnai ligonę gydę urodezinfekuojamais vaistais. Paskutiniu laiku skausmai padažnėję, kas ir privedę ligonę kreiptis į urologą.

Apžiūrint gerai sudėtą ir nutukusią pacientę, buvęs rastas sausas bronchitas. Pilvas sunkiai apčiuopiamas del riebumo. Inkstai neapčiuopiami. Bimanuališkai tiriant dešin inkstą konstatuotas gilumoje bukas skausmingumas. Iš šlapiminės pūslės pusės nebuvę jokio nusiskundimo. Iš seno chroniškas vidurių užkietėjimas.

Kystoskopija. Šlapiminės pūslės talpumas 180 ccm. Trabecullae. Visa kita tvarkoje, taip pat ir mėginys su indigo (intraven.). Šlapimai sterilūs. Šlapimuose rasta leukocitų ir daug kristalų. Pyelographia neparodžiusi pakitimų inkstuose. Apžiūrint rentgenogramą pastebėtas ryškus struktūros pakitimas VII—VIII krūtinės slankstelių srityje. Smulkiau tiriant slankstelius konstatuotas atskiras skausmas šitoje srityje. Kitų reiškinių nebuvę.

Del šito radinio ligonė nusiųsta į Raud. Kryž. sanatoriją, kur buvusi gydoma. Pagaliau atsiradę: silpnumas apatinėse galūnėse, jautrumo

nustojimas, kojų paralyžius, incontinentia urinae et alvi. Po 3 savaičių kystitis, skausmai dešin. inksto srityje, t°-ra, drebulys. Antrą kartą apžiūrint ligonę rastas padidėjęs dešin. inkstas, kaip kylančios infekcijos padarinys. Šlapimuose rasta streptokokų, diplokokų, daug leukocitų. Daug kartų daryti biologiški tyrimai ir kultūros iš šlapim. pūslės pasėliai tuberkuliozės atžvilgiu davę neigiamus padarinius. Greitas pablogėjimas ir exitus. *T. Goldbergas.*

10. H. Schubert (Breslavas): **Blasenstörungen bei cerebralen Erkrankungen.** (Šlapiminės pūslės trūkumai smegenų susirgimų atveju) („Z. Ur. Chir." 43. 6).

Autorius, pasirėmęs dviem savo atsitikimais ir literatūra, daro šias išvadas:

1. Esą kortikaliniai ir subkortikaliniai šlapim. pūslės centrai.
2. Kortikalinis šlapim. pūslės centras esąs abišaliai lobulus paracentralis, arti kojų centro. Jo takai einą su piramidiniu traktu, per pedunculi į stuburo smegenis.
3. Subkortikalinis šlap. pūslės centras esąs abišaliai 3-iojo skilvelio dugno hypothalamus'e ir galįs savarankiškai ir nepriklausomai nuo kortikalinio centro veikti šlapiminę pūslę. Apie jo takų kryptį nieko tiksliai nežinoma. Subkortikalinio centro buvimas corpus striatum srityje bendro pripažinimo neturįs.
4. Šlapim. pūslės centro buvimas smegenėliuose nesąs įrodytas.
5. Šlapim. pūslės funkcijų sutrikimo (retentio arba incontinentia) pobūdis nepareinąs nuo vietos pakenkimo (priešingai senesnėms pažiūroms).
6. Abišaliai šlapim. pūslės centrų pakenkimai sutrikdą pūslės funkciją ilgesniam laikui, negu vienašaliai; tačiau priešingai pastarajam jie nėsą ilgaamžiai.
7. Cerebriniai šlapim. pūslės reiškiniai buvę pastebėti traumų, auglių, apopleksijų atvejais; rečiau jie būną chroniškai degeneracinių ir uždegiminų procesų atsitikimais.

Autorius nurodo, kad chirurgams retai patenką cerebrinės kilmės šlapim. pūslės reiškiniai; antra vertus, cerebriniams organiniams susirgimams sutampant su šlapiminės pūslės reiškiniais, jei nėsą urologinių duomenų, galinčių išaiškinti tokius reiškinius, atsakinga už paskutinius susirgimus reikią laikyti centrinė nervų sistema. Šlapim. pūslės reiškiniai smegenų arteriosklerozės, užimančios, kaip žinoma, visas smegenų sritis, atvejais nėsą reti; tačiau jų sutapimas su preseniline arteriosklerozine chorea, kaip kad buvo pirmuoju autoriaus atsitikimu, vertas dėmesio taip pat ir 2-uoju atsitikimu — chroniškojo parkinsonizmo atveju retentio urinae reiškiniai esą retenybė. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

15. Jegorov, B., prof.: **Alergičeskaja teorija beremennosti i jeja toksikozov.** (Alerginė nėštumo ir jo toksikozių teorija). („Akuš. i Gin." 1935, 4 nr., 17).

Autoriaus nuomone eklampsijos kaip ir visų toksikozių esmė glūdinti alerginiame organizmo stovyje. Kitų autorių aprašomus nėščiame organizme audinių ir organų persigrupavimus autorius priskiria alergijai. Alerginiu organizmo stoviu jis aiškina kliniškus normalaus ir patologinio nėštumo simptomus.

Nėščia moteris galima palyginti su organizmu, kuriam 9 mėn. nuolat parenteraliniu keliu įvedama svetimų baltymų; organizmas sensibilizuojąsis ir normalus nėštumo atveju susidarąs atitinkamas imunitetas ir moteris nereaguojanti į medžiagų apykaitos produktus. Toksikozių atvejais alergija vystantisi pagal hyperergini tipą; čia nėštumo pradžioje suerzinama vegetacinė nervų (n. vagus) sistema (vomitus, ptializmas, dis-

pepsija), vėlyvesniuose mėnesiuose atsirandanti alerginė galvos smagenų reakcija (ėdemos, baltymas šlapimuose, eklampsijos reiškiniai).

Autorius skiria 4 nėščiųjų grupes:

I gr. — normalus nėštumas; imunitetas išsivystąs pirmomis dienomis;

II gr. — imunitetas išsivystąs tik įpusėjus nėštumui, o pirmais mėnesiais — hyperergija (vagus sindromus);

III gr. — imunitetas pirmais mėnesiais, o antroje nėštumo pusėje — hyperergija; į alerginę reakciją įtraukti galvos smegenys, paliečiami medžiagų apykaitos centrai. Iš čia humoraliniai ir biocheminiai nukrypimai, būdingi II-ai nėštumo pusei. Išsivystanti endokrininių liaukų alergija (gl. thyreoidea, suprarenalis, hypophysis), kas keičia neuro-endokrininį moters stovį (odos pigmentacija, ėdemos);

IV gr. — imunitetas visai neišsivysto.

Autoriaus nuomone, „toksikozės" sąvoka reikianti pakeisti „alergoze", nes čia nuodų nėsą, arba esą labai maži kiekiai, sukeliantieji sensibilizuotame organizme neatitinkamai didelę reakciją. Jis skiria pirminius alergenus, paeinančius iš kūdikio medžiagų mainų procesų, ir antrinius alergenus, kuriuos sudarą toksiniai junginiai, susidarę organizme del I-inės alergijos. Alergijai svarbu proceso ilgumas. Alerginėms ligoms būdingas ne proceso specifiškumas, bet jo išsivystymo greitis. Svarbų vaidmenį vaidinanti orto- ir parasimpatinė nervų sistema.

Svarbu, nustačius eklampsijos patogenezę, išvesti gydymo metodė, ne kovojant prieš atskirus simptomus, bet pirmiausia desensibilizuojant organizmą. *J. Petrauskaitė-Meškauskienė.*

16. A. Aigner (Wels): **Vitamin C in d. Geburtshilfe mit besond. Berücksichtigung d. Blutregeneration.** (C-vitaminas akušerijoje ir kraujo regeneracija). („M. m. W." 1938 m. 45 nr.).

Askorbininės rūgšties nepriteklius organizme pasireiškiąs ir aborto pavidalu. Į tat nurodanti ta aplinkybė, kad daugeliu atsitikimų, profilaktiškai davus redoxon'o (Roche), moterys buvusios išgelbėtos nuo kartotinio persileidimo. Tarp nėščiųjų buvę daug moterų, turinčių genitalijų hipoplaziją; jos priklausiusios prie neturtingų sluoksnių lytinio išsivystymo periode arba buvusios gimusios neturto sąlygose karo metu. Autorius griežtai reikalauja nurodyti gyventojams į karo bei pokarinio periodo patyrimus ir į vitaminų maiste svarbą ir kovoti su senovės prietarais, pagal kuriuos nėščioms patariama maitintis tiktai pienu, košėmis ir miltiniais valgiais, vengiant daržovių ir vaisių. Nėščiųjų tyrimai parodę, kad jų dauguma maitinusios netaisyklingai. C-vitamino nepriteklius mažai pasiturinčiųjų gyventojų maisto produktuose didesnis negu pasiturinčiųjų. Ypatingas C-vitamino deficitas esąs hyperemesis ir kt. molimina graviditatis atveju, taip pat ir anemiškoms ir blogai atrodančioms moterims. Autoriaus stebėjimais nustatyta, kad artėjant gimdymui (31 atsitikimas) padidėjąs C-vitamino sunaudojimas. Ypačiai didelis buvęs šitas deficitas sunkiai gimdžiusioms gimdyvėms, nors ir turėjusioms normalų dubenį. Joms buvę blogesni gimdymo sopuliai. Autorius tat aiškina greitu raumenų išsekimu del C-vitamino nepritekliaus juose. Kraujo sudėtis pogimdyminiame periode taip pat pagerėjanti redoxon'o įtakoje (9 gimdyvių stebėjimai). Atsirandąs skatinimas čiulpams gaminti eritrocitus. Kartais pastebėti tokių moterų kūdikių mitybos sutrikimai pasirodę hipovitaminozėmis, išnykusiomis davus redoxon'o. Šitiems kūdikiams būdavę nenoras gerti, apetito stoka, vėmulys, svorio kritimas. Blogėjąs stovis, atsirandą reiškiniai iš raumenų pusės, k. a. spazmai, judinamasis neramumas net pačiai motinai maitinant kūdikį, imuniteto sumažėjimas, atsirandanti bendrinė diatezė, furunculosis, t⁰-ra. Naujagimiams ir nelaikšiams kūdikiams autorius tokiais atvejais nekartą duodąs į paodį

sol. Ringeri prieš išdžiūvimą (skysčių netekimą), maitina iš šaukšto, pipete, event. pro zondą, duodamas 2 kartu per dieną po pusę tabl. redoxon'o. Parenteralinis C-vitamino įdavimas greičiau pasiekia tikslą. Jis taikytinas tuomet, kai įduoti per os del nuolatinio vėmimo negalima.

T. Goldbergas.

ODOS IR VENEROS LIGOS.

4. E. A. Wernicke: **Beitrag zum Mechanismus der Ichthyolwirkung.** („Dermat. Wochenschr." Bd. 107, 1938 m. p. 1245).

Ichtyolis esąs amonijaku neutralintas akmeninio aliejaus (Ölschiefer) sulfonavimo produktas. Ta alyva gaunama sausai destiliuojant Seefelde (Tirolis) randamo šyferio. Žalia, neapdirbta alyva turinti daug sieros. Sulfonuojant šitą alyvą gaunamas vadinamasis „ichtyolis". Tuo būdu ichtyolis yra sudėtas iš šyferinio aliejaus sulfo-rūgščių amonio druskos, kuri tirpsta vandenyje, ir iš vadinamojo sulfono, kuris esąs nesulfonuotoji alyvos sieros dalis. Sulfonas vienas vandenyje netirpstąs, bet būdamas kartu su sulfo-rūgštimis ištirpstąs. Preparatas taip pat dar turįs amonio sulfato.

Terapiškam veikimui ypatingai esanti svarbi siera (pareinanti iš fosilinų gyvių), kurią autorius vadina ichtyolio „pirmine siera". Sulfonuojant gauti organiniai sieros junginiai (kurie turį sulfonsilines grupes) ir taip pat sulfatinė siera turinti kitokį veikimą ir paskirtį. Autorius pateikia lentelę, iš kurios matomas įvairių sieros junginių pasiskirstymas įvairiose preparato medžiagos grupėse. Bendra ichtyolio analizė rodanti, kad sausose organinėse dalyse randama apie 14% ichtyolio „pirminės sieros". Autoriui pasisekę gauti šviesus, permatomas preparatas, vietoje buvusio seno tamsaus. Vartodamas tam tikras reakcijos sąlygas, gavęs preparatą be dažų. Naujojo preparato analizė parodžiusi, kad jis esąs beveik identiškas senajam. Rinkoje baltasis vadinamas „ichtyol-hell" arba „leukichtyol".

Toliau autorius aprašo savo bandymus su ichthyol-hell, aiškinančius jo fizines ir chemines savybes, svarbias terapiškam veikimui. Ichtyol-hell vandeninis skiedinys labai gerai sudrėkinąs žmogaus odą. Sudrėkinus tuo skiediniu popierį, jis pasidarąs permatomas, nes skiedinys homogeniškai užpildąs visas popieriaus poras. Todėl ichtyolis ir ichtyol-hell turįs neutralaus muilo savybes. Stalagmometriniai matavimai (pateikta lentelė ir kreivė) parodę, kad jau 5% skiedinys turįs didelį sudrėkinimo gebėjimą ir labai menką paviršiaus įtempimą. Šitos savybės esančios labai svarbios vartojant preparatą dermatologinėje ir ginekologinėje praktikoje.

Jau seniai žinoma, kad ichtyolis galįs prasiskverbti pro įvairius odos sluoksnius — ar čia būtų taukingi ar vandeningi sluoksniai. Autoriaus bandymai rodą, kad kiaulės taukai ištraukia iš vandeninio ichthyol-hell skiedinio organiškai surištą sierą. Pabaigus veikti taukus vandeniniu skiediniu, riebalai turėję daugiau kaip 7% sieros. Tuo būdu galima suprasti, kuriuo būdu ichtyolio siera patenka į taukingus žmogaus odos sluoksnius. Toliau ilgu mėginimu autorius parodęs ichtyol-hell difuziją į 2% želatinos gelį. Šitas modelinis bandymas atvaizdavęs ichtyolio įsiskverbimą į žmogaus odos serozinius sluoksnius.

Tolesni bandymai parodę, kad ichthyol-hell galįs pereiti ir pro semipermeabilines membranas. Visoje eilėje dializės mėginimų (pateiktos lentelės ir kreivė) rodą, kad, be dalies sulfo-rūgšties amonio, dar difunduojanti ir ichtyolio pirminė siera, kuri esanti ypač reikalinga terapiškam veikimui. Reikia manyti, kad ichtyolio sudėtinės dalys praeinančios ir celės membraną.

Iš visų bandymų matyti, kad ichtyoliui būdingas veikimas yra lyg „motorizuojamas" preparato ypatingų fizinių ir cheminių savybių.

A. Čeičys.

OTORINOLARINGOLOGIJA.

6. Doc. F. Fremel (Viena): **Ohrendiagnosen, die man auch ohne Spiegel stellen kann.** (Ausų diagnozės, kurios galima nustatyti ir be veidrodžio) („Wien. med. Wschr." 1939 m. 3 nr.).

Kai ausis po prausimosi arba vonios užsikemša, blogai girdisi, ūžia ausyse ir t. t., dažniausiai tatai rodą ausies kamštį. Kai toks užsikimšimo jausmas, be skausmų, dažniausiai abiejose ausyse, atsirandąs po slogos, tada diagnozuotina tubų ir vidurinės ausies kataras. Atsiradus skambantiems garsams ausyje vaikštant, šnypščiantiems arba braškantiems garsams nusišnypščiant ir esant pagerėjimui galvą laikant tam tikroje padėtyje, tada galima diagnozuoti laisvas vidurinės ausies eksudatas. Nenutrūkstami, verianti arba stūkčiojanti skausmai, didėją valandomis, ilgiausiai dieną, esą tipiški otitis media acuta atveju; kai skausmai ausyje su pertraukomis trunką savaites, tada jie esą neuralginio pobūdžio, pareiną arba del nesveikų dantų, arba del tonzilito, arba del faringito, arba jie esą reumatinės prigimties. Staiga užeiną stiprūs ausies skausmai, kurie po kelių valandų taip pat staiga dingstą, o po to iš ausies pasirodąs vandeningas, dažnai su kraujo priemaišomis sekretas, tada statytina myringitis bullosa (pūslinis būgnelio uždegimas) diagnozė. Skausmai vienoje ausyje kramtant, arba lengvai tempiant ausies grybelį, arba spaudžiant tragus arba antitragus rodą otitis externa.

Kai jauna ir dirgli mergaitė jau nuo seniai skundžiantisi abiejų ausų ūžimu ir girdėjimo sumažėjimu, tada galvotina apie otosklerozę, ypač jei ir paveldėjimas tam pritaria. Sunkiai girdinčio labai garsus kalbėjimas rodąs akustikos afekciją; o jei sunkiai girdįs negarsiai šnekąs, tada esąs netvarkoje garso laidumo aparatas, nes padidėjusia autofonija jisai savo garso stiprumą pervertinąs. Žmogus, kuris jau nuo seniai mažai prigirdi, kalbąs monotoniškai, be skambumo, kadangi jisai jau yra atpratęs savo kalbos intonaciją kontroliuoti. *N. Indrašius.*

NERVŲ IR PSICHINĖS LIGOS.

5. M. A. Germain: **Du diagnostic de la méningite tuberculeuse.** („Bull, méd." 657 p. 1938 m.).

Tuberkuliozinis meningitas susirgimo pradžioje sunkiai diagnozuojamas, ypač jei jis yra pirminis, ar atsirandąs latentiškos tuberkuliozės atveju. Tiksliausiai diagnozę patvirtinąs bacilų radimas punktate. Skiepijimas gyvuliams, Löwenstein'o kraujo kultūros sėjimas negreit ką parodąs, todel ankstybai diagnozei netinkąs. Liquor'o spaudimo padidėjimas ir išvaizda diferencinei diagnostikai negelbsti, nes tų pakitimų būną ir kitos etiologijos meningituose. Hipercitozė (100—300 celių kūb. mm.), lymfocitozė, hiperalbumia (1—2‰) turį daugiau reikšmės. Svarbus esąs chloro ir cukraus kiekio sumažėjimas liquor'e. Rezorcino reakcija pastoviai teigiama būnanti ne tuberkuliozinio, bet luetinio meningito atveju. Bandymai nustatyti liquor'e tuberkulino kiekį dar nevykstą. Nasso prieš 16 m. radęs, kad tuberkul. meningitui patognomoniška esanti teigiama autointraderminė reakcija su 10 kartų praskiestu liquor'u. Po metų Usbeck'o tyrimai parodę, kad vienodai dažnai šita reakcija esanti teigiama ir meningitikams ir šiaip tuberkuliozikams su normaliu liquor'u. Šitie tyrimai reikėtų dar patikrinti.

Cholesterino kiekis visada būnąs padidėjęs nuo 0,03 iki 0,15‰; tat rodą parenchimos pakenkimą, kurį duodąs tik tbc. meningitas, ar visiškai nepanašios eigos susirgimai, kaip, pvz., smegenų suskydimas, smegenų kraujoplūdžiai ir panašiai. Cholesterino ištyrimui pakanką tik 2 ccm. liquor'o. Vartojama spalvinė Zilbermann'o-Grigant'o reakcija.

P. Baublys.

FIZIOLOGIJA.

1. Benetato u. Oprisiu: **Wechelbeziehungen zwischen Mandeln und Schildrüse.** (Sąsyjis tarp tonzilių ir skydliaukės) („D. m. W.“ 1938 m. 33 nr. ref. iš „Med. Klin.“ 1939 m. 16 nr.).

Autoriai nustatę, kad su žmonių tonzilių ekstraktu galima sumažinti medžiaoų apykaita 4,5—15%; o su kiaulių tonzilių ekstraktu medžiagų apykaita galima numušti net 22%. Vaikams išpiovus tonziles medžiagų apykaita šiek tiek padidėjanti; nedaug tepadidėjanti todėl, kad tokiuo atveju tonziles pavaduoją kiti adenoidiniai audiniai. Minėti bandymai buvę daromi su žiurkėmis. *N. Indrašius.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Ūminių infekcinių ligų gydymas.**

Toksinams išvaryti vartotina vaisių sunka praskiestas pienas, švelnūs vidurių paleidžiamieji vaistai, pusinės vonios (Halbbäder) 27—35°C (pagal pajėgumą), paskui sausai nutrinant, ev. užpilant vėsoko vandens; arba įvyniojimai su 22° vandeniu, 30—45 minutes, paskui visas kūnas gerai nuplautinas (22°) ir sausai nutrintinas; diaforezė, tik atsargiai.

Pneumonijos atveju pirmiausia duotina C-vitamino ir kraujo apytakai gerinti priemonių, vidurių (klizma) ir viso kūno plovimas su 37° vandeniu, nušluostytina ir gerai apklotina, dėtini karštoki buteliai prie padų, po valandos prakaitas sausai nušluostytinas. Bronchopneumonijos atsitikimu atkosėjimas skatintinas gilių kvėpavimu, vartymusi, galukojo pakėlimu, terputyno garų inhaliacija (1 arb. šaukštelis ol. terebinth., užpiltas ant verdančio vandens), karšta krūtininė arbata su medumi, oro vėdinimas, garsvyčių kompresas (iš bilrotinio batisto) ant krūtinės (4—5 valg. šaukštai garsvyčių miltelių į 1 litrą karšto vandens arba 1/4 litro garsvyčių spirito į 3/4 litro vandens; laikytina 5—10 minučių; pirmiau įšvirkštus kardiazolio), Quincke's kabamoji padėtis (Quincke'sche Hängelage), užpakalio atstatymas (Bauchlage über dem Schoss) 3—5 minutes, galvą parėmus ant rankų, vaikams tokia padėtis nenuleistina nuo akių. Nosis ir gerklė dirgintina su popiereliu ir t. t.

Gripo atveju vartotinos prakaitinės priemonės, geriausiai karštokos vonios, paskui gerai įvyniojant, karšta krūtininė arbata; su garsvyčių miltais arba pakaitinės kojų vonios (Seufmehl-oder Wechselfussbäder).

Skarlatinos atsitikimu vartotina kasdien rytais karštoka vonia 38°C, 10 minučių, šalti galvos kompresai, kūnas nuplautinas muilu; prieš vonią duotina kavos, kardiazolio ar ko nors panašaus. Po savaitės vonia vartotina kas antra diena.

Tymų atveju 2—3 kartus per dieną liemens įvyniojimai (23—27°, 30—45 minutes), paskiau vėsiu vandeniu nuplaujant, kai karštis pakyląs aukščiau kaip 39°C. Silpniems vaikams karštoki įvyniojimai arba vonios. Stropus oro vėdinimas.

Difterijos atsitikimais rytais kūno temperatūros vonia arba apiplovimas, paskui greitas šiltas aptrynimas; pastarasis taip pat ir vakare arba vėsus bendrinis įvyniojimas. Dusinamojo priepuolio atveju piltina iš piltuvo (Giesskanne) šalta srovė ant sprando ir kaklo. Kasdien darytini 3—4 Priessnitz'o apvyniojimai aplink kaklą. Esant nedidelėms membranoms vartotini karštoki vyniojimai ir karšti gėrimai. Į vidų duotina pagal Stumpf'ą bolus alba (125 gr. į 1/4 litro vandens, kas 5 minutės po 1 arb. šaukštelį) apnašoms išvalyti, karščiui sumažinti ir t. t. Gurguliuotina citrinų-šalavijų arbata. (H. Walther: „Prakt. Arzt.“ 1939 m. 2 nr.). *N. Indrašius.*

× **Aukšto kraujoslėgio ir edemų gydymas kriaušėmis.** Edemų, ascito, hipertonijos ir t. t. atvejais daugiau padedančios kriaušinės negu obuolinės dienos. Kas savaitė po dvi dienas tevalgomos tiktai kriaušės ir gulima lovoje. Per parą suvartojama 1½ kg. (6 porcijomis) kriaušių. Gaunama gerų rezultatų. (Halasz: „W. m. W." 1938 m. 44 nr.; ref. iš „Ars Med." 1939 m. 3 nr.). *N. Indrašius.*

× **Piramidonas žalingas inkstams.** Piramidonas esąs labai gera priemonė nuo sąnarių reumato, bet nuo jo labai dažnai pastebima diurezės sumažėjimas ir hematurija. L. Gripperich ir G. Consigli nustatę tat eksperimentais. Žmogui duodant per dieną 1½ gr. piramidono per 10 dienų pastebimas žymus šlapimų sumažėjimas. Ligoniams su ponefritine hematurija, gavusiems 1 gr. piramidono, pastebima makroskopiškai ir mikroskopiškai kraujavimo padidėjimas. Sveikiems žmonėms nuo 1 gr. piramidono šlapimų specifiškas svoris padidėjąs. („Minerva Medica" 1938. V, iš „Ars Med." 1939 m. 3 nr.). *N. Indrašius.*

× **Elementų pėdsakai anemijoje.**

Daugelio elementų pėdsakai dažnai buvę siūlomi vartoti mažakraujingumui gydyti šalia geležies preparatų arba net vietoje geležies. Esanti žinoma įtaka hemoglobino gaminimui mažų arseniko, vario, germanio, mangano, kobalto ir kitų junginių. Tie pasiūlymai dažnai buvę išvedami iš tyrimų su gyvuliais, kurių kraujo cheminių junginių sąstatas dažnai visai kitoks kaip žmogaus. Pvz., žiurkės Hb turįs pastoviai vario, o žmogaus, šuns ir triušio Hb vario neturįs. Buvę pastebėta, kad Australijos ir Naujosios Zelandijos avių anemija pareinanti nuo infekcijos, kuri būdavusi gerai pagydoma limonitu ($Fe_2O_3.H_2O$). Vėliau pasirodę, kad gydomai veikiąs kartu esąs kobaltas, kuris ir vienas tą anemiją pagydąs. Žiurkės, maitinamos su kobaltu, gaunančios polycythaemia. Taip pat žmonėms gydyti geležies preparatai turį kobalto pėdsakus.

Del vario įtakos anemijai, ypač žmonių, buvę daroma daug bandymų. Buvę gydoma pirma geležimi, vėliau variu arba atvirkščiai. Bet reikią atminti, kad vartojami geležies preparatai turį ir vario pėdsakus. Apskaičiuojama, kad valgančio mišrų maistą žmogaus dienos vario kiekis, kurį jis gauna su maistu, esąs apie 4 mg. Tiek visiškai pakanką medžiagos apykaitai ir mūsų sąlygose apie vario stoką retai galima manyti. Kas kita galį būti šalyse, kur maistas labai vienapusiškas, pvz., Japonijoje, Kinijoje etc.

J. H. Hutschinson parodęs, kad vis delto ir Europoje galinti būti anemija del Cu stokos. Tat būną vaikams, penimiems vien pienu. Jei tokiems vaikams atsirandanti anemija, tai be Cu ji beveik nepagydoma. Be Cu duodama geležis sukraunama kapenyse bei blužnyje ir neinanti į hemoglobiną. Jei po to duodama vario, tai geležis iš kepenų paverčiama į hemoglobiną. Atrodą, kad varis dalyvaująs hemoglobino sintezėje. Gal būt pirma pasidarąs vario porfirinas, kuris vėliau pakeičiamas geležimi. Be vario organizmas galįs sukrauti daug neorganinės geležies ir vis delto galinti būti didelė anemija, nors geležies organizme ir daug. Tik maža dalis tokiuo atveju gausiai duodamos geležies esą performuojama į hemoglobiną. Iš tokios sukrautos geležies galėtų būti visiškai atstatytas Hb, bet toks procesas nevykstąs. Didelės geležies dozės gal veikiančios taip, kad iš didelio pertekliaus rezorbuotos geležies dalis vis delto esanti transportuojama į kaulų smegenis ir ten sujungiama į hemoglobiną. Kad anemijos metu geležies rezorbcija būtų sutrikusi, nėsą pamato manyti. Tyrinėjimai parodę, kad rezorbcija žarnose esanti gera, kai daug geležies rezorbuojama, bet ji laikoma neorganine forma. Hutchinson stebėjęs (labai tiksliuose balansiniuose bandymuose), kad po kelių savaičių sustabdžius vaikams Fe davimą, o duodant toliau tik vario preparatus, hemoglobino kiekis pradedąs didėti, nors geležies nebeduo-

dama. Varis, veikdamas kaip katalizatorius, geležį pakeičiąs į tokią formą, kurią kraujo plazma galinti transportuoti iš sukrovimo vietų į hemoglobino gaminimosi organus. („Brit. med. Journ." 1939 m.).

A. Čeičys.

× **Insulinas** jau 1926 m. Abel'io buvęs gautas kristaline forma. Iki šiol jis daug tiriamas. Jo molekulinis svoris 35.000, vad. toks kaip ir kitų globulinių proteinų, kaip, pvz., pepsino, kiaušinio baltymo. Scott radęs, kad insulinas turįs cinko, kuris labai svarbus angliahidratų apykaitai. Chemiškai jis esąs proteinas. Turįs daug sieros (cistino), glutomininės r. ir tyrozino. Tirpstąs vandeningame alkoholyje. Rūgščiame skiedinyje labai pastovus šilimai. Buvę rasta, kad daugiausia kenkiąs cistino suskaldymas — tuojau pranykstąs visas molekulės biologinis veikimas. („Brit. med. Journ." 1939 m. p. 515). *A. Čeičys.*

× **Asthma bronchiale gydymas.**

Leriche tarp 1926 ir 1933 m. padaręs 325 ganglion stellatum ekstirpacijas. Iš jų 14, daugiausia kairiosios pusės, buvusios darytos del asthma bronchiale. Po 7—10 metų jis dabar 12 pacientų vėl ištyręs. Radęs, kad pagerėjimas buvęs 55%. Priepuoliai arba visai išnykę arba labai suretėję. Operacija esanti labai lengva, ir jei kitos priemonės nepadedančios, tad galima daryti gangl. stellatum infiltraciją, o vėliau ir ekstirpaciją. (R. Leriches et R. Fontaine: „Presse méd." 1939 m. 13 nr.).

A. Čeičys.

× **Polyglobulijos gydymas švitinant pylorus'ą.**

Po Castle ir Strauss'o tyrimų esą žinoma, kad pilorinė skrandžio dalis yra vieta, kur gaminamas hemopoetinis principas, arba bent jo „intrinsic" dalis. Anaemia perniciosa metu esanti to principo stoka. Esencialinės poliglobulijos metu, galima manyti, galįs būti per didelis to principo gaminimas. Hitzenberger (1934) mėginęs švitinti rentgeno spinduliais pylorus. Jis gavęs pagerėjimą: Hb kritęs nuo 140 iki 100 ir eritr. sumažėję nuo 8,9 iki 5,6 mil. Bet toks pagerėjimas neilgai trukęs, todėl jis vėliau pataręs švitinti viso kūno ilguosius kaulus. Dabar Andersen-Geill-Samuelsen pranešę pylorus ir pars descendens duodeni švitinimo rezultatus. Jie švitinę 9 cm. diametro plotą, kurį nustatę bario koše širme. Duodama iš pradžių 200 r. dozė keturis kartus su dviejų dienų tarpu, iš viso 800 r. (150 kW 5 mA, 40 cm., 0,5 Cu). Po mėn. vėl 3×200 r. ir po mėn. vėl 3×200 r. Rezultatai iki dabar geri. Būdinga, kad eritrocitų mažėją daugiau kaip Hb %. Atsirandą hiperchrominių, didelių eritrocitų, kaip makrocitinėje anemijoje. Pankreas pakenkimo kol kas nepastebėję. (Ravina: „Pr. méd." 1939, 13 nr.). *A. Čeičys.*

× **Addison'o ligos gydymas.**

R. Rivoire, be corticosteron'o, pataria vartoti dar didelėmis dozėmis šio mišinio: Rp. Natrii chlorati 5,0, Natrii bicarbon. 2,5, Natrii citrici 2,5. Kasdien. Šitas mišinys pašalinąs acidozę. Toliau gerai veikiančios intramuskulinės arba dar geriau intraveninės cystein'o injekcijos. Duodama kasdien arba kas antra diena 0,2 gr. cystein'o skiedinio. Galima kartu vartoti su hipertoniniu druskos skiediniu (10%), jei duodama ir NaCl. („La presse méd." 1939 m. 2 nr.). *A. Čeičys.*

× **Trichinozės gydymas.**

Pradžioje galima pamėginti duoti per os butolan'o ar į raumenis kurio nors thymol'io preparato, norint sumažinti invaziją. Ūminė migracinės fazės metu gerai veikiančios kalcio injekcijos. Vėliau, kai atsiranda cystos, galima pamėginti duoti, be kalcio, dar ir D-vitamino didelės dozės, norint pagreitinti cystų inkapsuliaciją ir kalcifikaciją. Be to, visą laiką vartotinas simptominis gydymas. (von Someren: „Brit med. Journ." 1939, I, p. 376). *A. Čeičys.*

× **Didelių apsideginimų gydymas.** Nikolski'o ir Davidson'o išgarsėjęs apsideginimų gydymas su taninu, — kuris būk apdegusius audinius „devitalizuojąs" ir tuo būdu sulaikąs nuodingųjų medžiagų įsisunkimą į organizmą, — nedavęs lauktų sėkmių.

Prof. W. Stöhr ir K. Zacher 1843 apsideginimo atsitikimais labai gerą veikimą pastebėję iš žuvų taukų tepalų (pvz., unguentolan), kartų vartojant ir gipsinius įtvarus. Žuvų taukai užmušą ir bakterijas. Žuvų taukų veikimas pareinąs nuo A- ir D-vitaminų ir laisvųjų riebalinių rūgščių įsisunkimo į žaizdos dugną. Labai didelės reikšmės turįs greitas gydymo su žuvų taukais pritaikymas. (Prof. W. Stöhr ir K. Zacher (Magdeburgas-Sudeburgas) („Ztrlbl. f. Chir." 1939 m. 1 nr.). *N. Indrašius.*

× **Varikozinių blauzdų opų kilmė, gydymas ir profilaktika.**

Daugelis, ypač didelė dalis darbininkijos, daug kenčią del varices ir ulcus cruris. Del didesnio ar mažesnio laipsnio varices cruris sutrinkanti kojose kraujo cirkuliacija, o del jos sutrikimo nukenčianti oda ir poodinis audinys, išsivystančios opos, ekzema ir tromboflebittai kojose. Labai dažnai kartu su varices ulcus cruris pasitaikąs hyperhydrosis pedum, kuris esąs labai atsparus terapijai.

Svarbiausia apatinių galūnių venų išsiplėtimo priežastis esąs venų sienelių mažavertiškumas. Venų sienelių jungiamasis audinys ilgainiui palengva tempiąsis, pailgėjąs ir galiausiai išsiplečiąs, paskui susiraitąs sudarydamas mazgus. Paprastai varices cruris nešiotojai turį ir hemoroidus ir varicocoele, kas esą aiškinama tam tikru konstituciniu palinkimu. Dažnai tokiems žmonėms drauge pasitaikančios ir plokščios pėdos — letenos, kas Bier'o aiškinama taip pat jungiamojo audinio silpnumu.

Minėtas konstitucinis silpnumas esąs paveldimas, kaip dominuojąs, nes daugumos anamnezėje randama, kad motina, tėvas turėję varices. Ir jeigu tokie su paveldėta konstitucija žmonės turį dirbti stovimą darbą, tada padariniai būną blogi.

Iš varikozinių venų mazgų gausiai CO_2 liktiniu azotu prisisotinęs kraujas del stazės difunduojąs, Klapp'o aiškinimu, į visus blauzdos srities audinius ir del to sutrinkanti medžiagų apykaita, išsivystanti opa (ulcus).

Del nuolatinio jaudinimo pradedąs smarkiai augti jungiamasis audinys ir aplinkinė oda pasidaranti sklerodermiška. Kai (tat labai dažnai pasitaiką) ulcus cruris varicosum kraštuose smarkiai išaugąs jungiamasis audinys ir atsirandąs ulcus callosum, tada toks ulcus neturįs jokios tendencijos gyti ir ypatingai neigiamai atsiliepiąs į darbo našumą.

Gydymui esą daug įvairių būdų, bet nė vieno nėsą tokio, kuris duotų gerus rezultatus. Daug padedąs mitimas augaliniu, nebaltymingu, bet vitaminingu maistu. Tuo būdu esąs pakeliamas bendrinis organizmo atsparumas, gajumas. Lokališkai svarbu pašalinti kraujo stagnacija. Geriausiai tat pasiekiama chirurgiškomis intervencijomis, perrišant vena saphena, arba užakinant venas injekcijomis, kurios obliteruoja venų spindį.

Be to, naudojami tam tikri elastiški bintai veninio kraujo nutekėjimui pagerinti. Esą įvairių rūšių bintų, kaip Lasker'io, Fischer'io, kurie dažnai daug padedą.

Jei ambulatoriškai jokiomis priemonėmis nepasiseka pagydyti ulcus cruris, tada tenką gulėti, laikant kojas pakeltoje padėtyje, kad visą laiką būtų gera kraujo apytaka, kad visi audiniai būtų pakankamai maitinami.

Lokališkai naudojami įvairūs tepalai ir fizinės priemonės, kaip, pvz., karštas oras ir sollux lempa, kas pageriną regioninę mitybą.

Profilaktikai jauniems žmonėms, kuriems linkusios išsiplėsti venos, nepatartina užsiimi tokiais amatais, kur reikią daug stovėti, vaikščioti, sunkiai nešioti. Tas pats tinka ir moterims, todėl stovimas darbas, ypač kur tenką ilgai stovėti, vengtinas. Be to, svarbu, kad nebūtų rūbų, kurie didiną veninio kraujo stazę savo suveržimu. (H. Schneider: „Münch. med. Wschr." 1939 m. 17 n.). *T. Šiurkus.*

× **Apie odos emfizemos gydymą su deguoniu.**

Paprastai poodinės emfizemos pačios per kelias dienas rezorbuojančiosi ir nesudarančios didelio pavojaus. Tik didelės poodinės pūslės, taip pat oras mediastinum'e galį reikalauti skubios pagelbos. Iki šiol buvusi žinoma tik operacinė pagelba, ir jokios medikamentinės.

Patirta, kad poodyje esančių dujų anglirūgštės ir deguonio parcialinis spaudimas esąs lygus venos kraujyje tų dujų parcialiniam spaudimui. Azoto parcialinis spaudimas aukštesnis; jis rezorbuojąsis lėčiau. Rezorbcija galima padidinti, dar labiau padidinus parcialinių spaudimų skirtumą poodžio dujose ir venų kraujyje.

Duodant kvėpuoti deguonio, jo parcialinis spaudimas venų kraujyje nepadidėjęs, nes jis pereinąs į audinius, tuo tarpu azoto parcialinis spaudimas sumažėjąs plaučiuose ir arterijų bei venų kraujyje. Parcialinių spaudimų poodyje ir kraujyje skirtumas taip galįs būti dešimteriopai padidintas ir jo rezorbcija pagreitinta.

Autoriai, bandydami su kiaulytėmis, patyrę, kad poodinės oro pūslės, duodant kvėpuoti deguonį, rezorbuojančiosi 5—6 kartus greičiau negu kvėpuojant atmosferos oru.

Taigi, verta bandyti ir klinikoje greitinti emfizemų rezorbcija deguonio alsavimais. (A n t h o n y, P e r s c h m a n n: „Dtsch. med. Wschr." 1938 m. 31 nr.). *P. Baublys.*

× **Ureterinių akmenų pašalinimas ureterio meatotomija ir prostigmino pagelba.**

10-čiai atsitikimų O'C o n o r pritaikęs ureterio meatotomiją elektrinio peilio pagelba per kystoscopiam ir, be to, palikdamas ureteryje kateterį à demeure 12-ai val. Jeigu akmuo neišeidavo, tai buvę švirkščiama prostigmino 1 ccm. kas 4 val. ligi 4 kartų, del ko sustiprėdavusi žarnų ir ureterio peristaltika.

5 atsitikimais akmenys išėję sua sponte per 24 val. Pašalinių reiškinių nuo prostigmino nebuvę. Šitą prostigmino pritaikymo metodę autorius pasisavinęs nuo H a g e r'o, kurio patarimu vengdavęs duoti prostigminą astmatikams ir seniams. Be to, prostigminas buvęs švirkščiamas, tik pakankamai išplėtus ureterį žemiau akmens. („Wiscons. Am. J." 1938 m. VIII). *T. Goldbergas.*

× **Kolibacilinių šlapimų takų uždegimų gydymas sulfanilamid'u.**

Kad sulfamidas (septosil, prontosil ir t. t.) gerai veikia vokų infekcijas, yra plačiai žinoma, o kad veiktų kolibacilines infekcijas, buvo abejojama. Dabar G e s s l e r-L i p p e n s („Pr. méd." 1939) praneša savo patyrimus, gydant bac. coli šlapimų takų infekcijas. Jie gydė iš viso 38 atsitikimus: 19 ūminių ir 19 chroniškų įvairios patogenezės. Buvęs vienas nepasisekimas: chroniškas atsitikimas su geldelės akmenimis. Šiaip greit krisdavusi temperatūra, bacilai išnykdavę. Duodavę tokias dozes: pirmąsias dvi dienas po 3 gr., toliau 5—7 dienas po 2 gr. Jei chroniškais atsitikimais buvęs reikalas duoti ilgiau, tai duodavę dar po 1,5 gr. keletą dienų, bet jau bacilams pranykus. Kartu galima duoti natr. bicarbonicum mažomis dozėmis, nes sulfanilamidas sukeliąs nedidelę acidozę, o veikiąs geriau truputį alkalinėje aplinkumoje.

Pagijimas esąs pastovus ne tik paprastais atsitikimais, bet ir tokiais, kurie seniau recidyvuodavę, arba, pvz., graviditas metu. *A. Čeičys.*

× **Chroniško vidurinės ausies uždegimo gydymas.**

Nedidelės insulino dozės (3 vienet. kasdien, sulaukus pagerėjimo 3—2—1 kartą savaitėje) daugelio autorių patyrimu labai gerai gydančios chronišką vidurinės ausies uždegimą. (D. C. J a r v i s: „J. A. M. A." 1939 m. 4 nr.). *N. Indrašius.*

× **Nosies ir paranazalinių katarų gydymas.**

1% ephedrin'o fiziologiniame NaCl-skiedinyje aplikuojama į nosis gulint ant šono ir galvą laikant kiek žemiau. Po 3—5 minučių galva pasukama veidu žemyn, kad sekretui būtų lengviau nutekėti. (S. N. Parkinson (Oaklandas): „J. A. M. A." 1939 m. 3 nr.). *N. Indrašius.*

× **Analeptikų vartojimas nusinuodijus veronaliu.** Chakravarti davęs grupėms pelių tokias barbiturinės r. preparato dozes, kad 80% tų pelių normaliai nugaišdavę. Jei toms pelėms švirkšdavę cardiazol'i letalines dozes, tai mirtingumas krisdavęs iki 13%; davus dvigubą vidutinišką letalinę cardiazol'io dozę, mirtingumas sumažėdavęs net iki 7%. Duodant pikrotoksino, kuris dabar plačiai vartojamas tokiais atvejais amerikiečių, rezultatai buvę panašūs. Mirtingumas sumažėdavęs iki 38%, resp. iki 8%. Strichnin'as, benzedrin'as ir coramin'as neturėję jokios įtakos. Bet pastarieji preparatai pagerindavę žymiai susilpnintą del ac. barbituricum preparatų veikimo kvėpavimo funkciją. Kardiazolis ir pikrotoksinas alsavimui įtakos neturėję. Todėl autorius rekomenduoja veronalio ar luminalio nusinuodijimo atveju naudoti cardiazol'į, arba dideles dozes pikrotoksino. (J. H. Burn: „Brit. med. Journ." 1939, 599). *A. Čeičys.*

Mediciniškųjų organizacijų veikla:

LIETUVOS CHIRURGŲ DRAUGIJOS SUSIRINKIMO 1939 M. SAUSIO MĖN. 10 D. PROTOKOLAS.

Susirinkimą pradėjo draugijos pirmininkas prof. A. Hagentornas, siūlydamas šią

darbotvarkę:

1. Ligonių ir patologinių preparatų demonstravimas.
2. Klausimai ir sumanymai.

I. Ligonių ir patologinių preparatų demonstravimas.

1. Dr. Z. Rudaitis demonstruoja ligonį, sergantį **exophthalmus pulsans.** Ligonis V., 21 metų amžiaus, gatvės judėjimo auka. IX. 1 d. buvęs užkabintas gatvėje sunkvežimio ir parblokštas į žemę. Buvo nustojęs sąmonės. Tuojau atgabentas į Karo ligoninę, kur, atgavęs sąmonę, tiksliai atsako į klausimus, tačiau kiek miegūstas ir neatmenąs paties įvykio. Tvinksnis 54, vemia kraujuotomis masėmis, nosyje matoma kraujo bėgimo žymių. Dešiniojo smilkinio srityje yra draskytais kraštais žaizda apie 5 cm ilgio. Dešiniajame viršutiniame voke matomas didelis kraujo pasruvimas. Tvarstant žaizdą buvo matomas kaule nežymus plyšys; o rentgeno nuotraukoje tiek iš šono, tiek ir en face jokio plyšio kaule nesimato. Po žaizdos tualeto ligonis vis skundžiasi galvos skaudėjimu, kartais vemia, tvinksnis 50—60 kartų per minutę.

IX. 4 d. Pastebėta nedidelis opistotonus. Padaryta liumbalinė punkcija; gautas kraujuotas skystis.

IX. 7 d. Opistotonus didesnis; tvinksnis 50.

IX. 12 d. Jaučiasi kiek geriau.

Toliau status maždaug nepakitęs — vieną dieną geriau, kitą — blogiau; galvą visą laiką skauda.

IX. 28 d., t. y. praėjus 4 savaitėms po sužeidimo, rytinės vizitacijos metu pastebėta dešiniosios akies protrusio bulbi. Kartu su šituo reiškiniu beveik pranyko galvos skaudėjimai ir ligonis nustojo vėmęs. Iš pradžių buvo manyta apie retrobulbarinę hematomą, bet akylai patyrinėjus prieita išvada, kad turima reikalo su exophthalmus pulsans.

Šitas susirgimas turi tris pagrindinius simptomus: 1) exophthalmus, 2) pulsatio matoma akimi ir juntama palpuojant ir 3) ūžesys, juntamas galvoje tiek paties ligonio, tiek ir pridėjus prie jo galvos stetoskopą, daugiau dešiniajame galvos paviršiuje. Ūžesys galvoje gali būti tiek didelis ir įkyrus, jog jautresniems ligoniams sukelia depresiją, o kartais net mintis apie savižudybę. Richet pateikia vieno ligonio istoriją, kuris galėdavo užmigti tik sėdėdamas karietoje ir važiuodamas blogai grįstu keliu.

Šito susirgimo etiologija — dažniausiai sužeidimas art. carotis internae sinus cavernosus srityje. Nuo to susidariusi aneurizma per orbitos plyšį spaudžia bulbus oculi, stumdama į priekį, o aneurizmos pulsacija persiduoda į patį akies obuolį. Akies obuolys yra kiek nustumtas į lauko pusę ir žemyn. Paliktas savo valiai exophthalmus gali didėti kartu, žinoma, spausdamas n. opticus ir iš to padarinys — regėjimo sumažėjimas arba visiškas jo nustojimas.

Gydymas. Koaguliuojamosios injekcijos nevartotinos, nes pavojingos. Galima gydyti arba art. carotis comm. prispaudžiant arba perrišant a. carotis interna. Mūsų atsitikimu dabar yra daromi art. carotis communis prispaudimai; pradžioje buvo prispaudžiama neilgam — 5—10 minučių 3 kartus per dieną. Situos, kad ir trumpus a. carotis comm. užspaudimus ligonis iš karto sunkiai pakeldavo — atsirasdavo didelis galvos svaigimas, noras vemti ir didelė veido cyanozė, bet dabar jau jis gerokai priprato prie tos procedūros ir lengvai pakelia prispaudimus po pusę val. 3 kartus per dieną.

Subjektyviai ligonis jaučiasi geriau — esą mažesni ūžimai galvoje. Objektyviai — gal būt kiek mažesni viršutinio voko venų išsiplėtimai. Jeigu exophthalmus neregresuos, tai numatoma art. carotis interna ligatūra.

Statistikos duomenys: Pasak Locke's, art. carotis comm. prispaudimai duoda iki 26% išgijimų: art carotis comm. ligatūra duoda 67% išgijimų, 7% mirimų. Pagal Murray a. carotis int. ligatūra iš 32 atsitikimų davė 87% išgijimų ir 9% mirimų.

Diskusijos:

Priv. doc. V. Kanauka: Gal būt būtų geriau art. carotis spausti ne pirštais, bet Mikulič'o būdu: varžtu su pelotu, apsaugojant antros pusės kaklo indų suspaudimą, padėjus kietą daiktą, pvz., lentelę.

Prof. Al. Hagentornas: Art. carotis int. prelegentas numato perrišti kakle. Kažin, ar negeriau būtų ji perrišti toje vietoje, kur daroma ganglion Gasseri ekstirpacija.

2. Priv. doc. V. Kanauka demonstruoja ligonį, kuriam padarytas **nearthrosis.** Pacientas 17 metų amžiaus, amatų mokyklos mokinys. Prieš 12 metų dešinioji ranka buvo patekusi į vežimo ratą ir, matyti, įvyko žastikaulio lūžimas alkūnės sąnaryje. Po to liko kaulinis alkūnės sąnario ankylosis stačiuoju kampu sulenktoje rankos padėtyje (demonstruojama r-ma). Pacientas, nepatenkintas sąnario nejudrumu, prašo padaryti jį paslankų.

Operacija bendrinėje eterio narkozėje. Skersas pjūvis iš užpakalio, laikinai nukaltas olecranon. Kaulinis sąnario suaugimas perkirstas, sąnarys modeliuotas, tarp kaulo galų padėtas fasciae brachialis lapelis ant kojytės; olecranon pastatytas į vietą ir prisiūtas su viela. Žaizda aklinai susiūta. Uždėtas gipsas.

Rezultatas praėjus 2½ mėnesio po operacijos. Ligonis sąnarį gerai judina, sulenkdamas iki stataus kampo ir ištiesdamas beveik iki galo; supinacija truputį pasunkėjusi, rankos jėga nenukentėjusi.

Diskusijos:

Dr. Z. Rudaitis: Patyrimas sako, kad kiek ranka gauna paslankumo, tiek ji nustoja jėgos.

Priv. doc. K a n a u k a: Jėga sumažėja, kai atsiranda klibąs sąnarys; čia raiščiai nepaliesti ir jėga vargu ar nukentėjo.

3. Dr. P a p r o c k a s demonstruoja ligonę, sergančią **carcinoma mandibulae primar.** Ligonė 44 metų amžiaus, ūkininkė. Atvyko į kliniką prieš 10 dienų labai sunkiai sirgdama, nes negalėjo visiškai šnekėti ir valgyti del kramtomųjų raumenų kontraktūros. Kaip seniai patinęs apatinis žandikaulis iš kairės pusės ir kada atsirado pirmieji ligos reiškiniai, iš ligonės sužinoti nepavyko. Sužinota tik tiek, kad prieš 3 mėnesius žandas labiau patinęs ir atsiradę dideli, beveik nepakenčiami, skausmai.

Ligonė išsižioti galėjo vos per 3 mm.; iš burnos labai dvokė. Kairiojo pirmojo apatinio moliaro alveolės srityje matoma opa; padarius jos patologiškai histologišką tyrimą, nustatyta carcinoma.

Kadangi radiologai atsisakė gydyti del metastazių kaklo liaukose, o ligonei būtinai reikėjo padėti, teko daryti chirurginė intervencija.

O p e r a c i j a padaryta pravedamoje n. mandibularis anestezijoje. Sedillot - Kocher'io pjūviu pašalintas visas corpus su ramus sinister mandibulae ir visi burnos dugno raumens, kairioji liežuvio pusė, kairioji tonsilla ir kaklo liaukos. Palikti tik trumpi abiejų žandikaulio kairiųjų ataugų galai. Protezuota su guminiu drenu, pro kurį perverta dvigubai sulenkta viela. Protezas apsiūtas gleivine, burnos dugno defektas padengtas liežuviu. Apatiniame žaizdos kampe paliktas tamponas. Dabar po operacijos praslinko 6 dienos ir ligonės būklė palyginti geresnė, negu kad buvo prieš operaciją.

Burnos tuštimo vėžys sudaro apie 0,5% visų ca susirgimų ir iš jų tik maža dalis tenka ca mandibulae. Serga paprastai vyrai ir dažniausiai apie 50 metų amžiaus.

Šito susirgimo p r o g n o z ė bloga. Ir chirurginė intervencija ir spindulinė terapija tuo tarpu duoda menkus rezultatus. Pagal centrinio kovai su vėžiu instituto Tuluzoje duomenis iš 317 burnos vėžio atsitikimų, gydytų spinduliais, buvo stebėtas tik 1 pasveikimas, išgyvenęs daugiau kaip 3 metus.

Pagal B e r g e r'io duomenis iš 180 radikaliai operuotų pacientų 23 gyveno daugiau kaip 3 metus, 15 — daugiau kaip 5 metus, o 41 mirė po 2 mėnesių.

4. Priv. doc. V. K a n a u k a, demonstruoja 40 metų amžiaus ligonį, turėjusį **perforavusią ulcus duodeni.** Ligonis buvo operuotas; padaryta radikali duodeni dalies su opa ir $^2/_3$ skilvio rezekcija; Bilroth II modif. Hofmeister-Finsterer. Demonstruojant šitą dažną, galima sakyti, eilinį, susirgimą, norėta atkreipti dėmesys į du dalykus: 1) į diagnostiką, ir 2) į pasirinktą operavimo būdą, būtent, į rezekciją.

Perforavęs ulcus duodeni iš pradžių būna sunku atskirti nuo cholecistito; demonstruojamas atsitikimas buvo labai panašus į cholecistitą: staigūs, ūmūs skausmai deš. hypochondrium'e, kurie po pusantros val. praėjo; kitą naktį skausmai buvo pasikartoję trumpesnį laiką, t° 37,3, tvinksnis 90, vėmimai. Visą laiką buvo defence apsirėžęs deš. hypochondrium'e. Sunku buvo pasakyti, ar čia cholecistitas, ar perforuotas ulcus duodeni. Pasekus ligonį, pirmą parą buvo pradėta galvoti apie perforavusią ulcus duodeni, nes už tai rodė anamnezė — virškinamojo trakto negalavimai, skausmai po valgio, atsirūgimai, kieti viduriai, paciento lytis — vyras. Vyrams ulcus duodeni ir ventriculi yra dažnesnis susirgimas negu cholecistitas; moterims, atvirkščiai, dažnesnis yra cholecistitas.

O p e r u o t a s 3-čią parą nuo susirgimo pradžios ir spėliojimai pasitvirtino: rasta ulcus partis superioris duodeni su fibrininiais sulipimais, silpnai fiksuotas prie apatinio kepenų paviršiaus; lengvai patraukus, nuo kepenų duodenum atsidalino ir iš perforavusio ulcus duodeni pradėjo eiti oras ir tulžiškas skystimas.

Kalbant apie chirurginę skilvio ir duodenum'o opų terapiją, reikia

pabrėžti, kad šiandien nebepasitenkinama gastroenterostomia; šiandien vyrauja nusistatymas daryti ne tiktai skilvio, bet ir duodenum'o radikalią rezekciją, jeigu opa yra duodenum'e. Net ir del perforavusių opų kai kurie tiek griežti, kad siūlo ir čia daryti rezekciją, sakydami, kad mirtingumas ne didesnis kaip gastroenterosanastomozės atveju, o pranašumas tas, kad pacientas visam laikui atpalaiduojamas nuo sunkaus susirgimo. Del pastarojo nusistatymo tenka padaryti ši pastaba: daryti rezekcija galima tiktai pirmoje stadijoje — pirmose valandose po prakiurimo, kai dar nėra peritonito, arba kada turime aplipusią, padengtą perforuotą opą. Peritonito stadijoje daryti rezekcija būtų klaidinga net ir tada, kai peritonitas tiktai viršutinėje pilvo dalyje apsirėžęs. Esant bendriniam peritonitui net ir gastroenteroanastomozė rizikinga daryti; geriau tada pasitenkinti paprastai opą užsiuvant arba, jeigu užsiuvimas gali sukelti nepraėjimą, tai ir be jo apsieitina ir pasitenkintina plačiu epigastrinės srities tamponavimu, kaip kai kurių kad daroma (Petrov).

Diskusijos:

Dr. B. Zacharinas: Kelintą dieną po perforacijos buvo operuotas ir ar buvo peritonito reiškinių?

Priv. doc. V. Kanauka: Po pustrečios dienos, ir buvo tik 10 litų monetos didumo peritonitas.

Dr. B. Zacharinas: Priv. doc. V. Kanaukos demonstruotas atsitikimas yra iš laimingųjų. Mes visi žinome, kad operacija, padaryta po perforacijos praslinkus 24, 36 arba 48 val. duoda daug blogesnių rezultatų, negu atsitikimai, operuoti praėjus 6 arba 12 valandų. Be to, užleistu atsitikimu padaryta rezekcija. Klausimas dar nėra išspręstas. Vieni rezekuoja (mažuma), kiti pasitenkina skylutę užsiūdami. Kur numatomas praėjimo pro pylorus pasunkėjimas arba susiaurėjimas, padaroma dar anastomozė. Rezekciją del ulcus perforans gali daryti chirurgai, tik turį labai gerą techniką, kad neapsunkintų ir taip jau sunkaus ligonio stovio, dažniausiai turinčio sumažėjusį atsparumą, peritonizmą arba net ir peritonitą. Mes paprastai pasitenkiname skylę užsiūdami ir padarydami pjūvį iš dešinės apačios (kontrapertūra), kad išleistume prisirinkusį dubenyje skystimą. Pro šitą pjūvį pilvas drenuojamas.

Prieš kelias dienas teko operuoti ulcus perforans, kur skylė buvo apie pusantro cm. ilgio reg. praepylorica srityje; buvo jau aiškus peritonitas. Mes pro skylutę įkišome į duodenum'ą dreną ir aplink apsiuvome skylutę pritrauktu omentum'u (rodos, Nordman'o pasiūlytu būdu). Tokiais atsitikimais apie rezekciją negali būti kalbos; negalima net aklinai užsiūti didelės, aplink infiltruotos skylės.

Dr. St. Kudirka: Pernai teko operuoti vyrams 3 perforuotos vesicae fellae.

Priv. doc. V. Kanauka: Statistika rodo, kad moterims perforavusi opa būna labai retai, o vyrams, atvirkščiai, retai būna cholecystitis. Mes turime komplikuotų skilvio opų labai daug; per dvi paskutines savaites teko operuoti 2 perforavusios opos ir viena kraujuojanti.

Prof. Al. Hagentornas: Ūmi perforacija vesicae fellae labai retai būna. Ligonis, kurį demonstravo priv. doc. V. Kanauka, turėjo dieglių pavidalo skausmus, kas nebūdinga opai, bet šiaip visi kiti reiškiniai kalbėjo už ją. Bet kartais ir apendicito atveju būna dieglių pavidalo skausmai.

5. Dr. P. Tumasonis, demonstruoja ligonį, kuris turi plyšio pavidalo **fractura cranii;** šitas ligonis nevaldo abiejų apatinių galūnių. Ligonis prieš dvi savaites, beskirdamas du „įsikarščiavusius" draugus, gavo lazda per galvą. Smūgis buvęs iš šono. Po pirmojo smūgio dar nekritęs, o po antrojo susmukęs vietoje ir vieną valandą gulėjęs netekęs sąmonės. Pabudęs jautęs nutirpusias kojas ir negalėjęs pajudinti abiejų

apatinių galūnių. Trečią parą atvežtas į kliniką. Ligonis ypatingų smegenų dirginimo reiškinių neturėjo. Skundėsi nedideliais galvos skausmais, kojų nutirpimu ir negalėjimu jų judinti.

Objektyviai: a) galūnių raumenys neatrofavę, ryški hipertonija, sausgyslių refleksai padidėję, aiškūs pėdų clonus'ai ir neryškus dešinės girnelės clonus, normalūs odos refleksai, patologiški Babynski'o ir Openheim'o refleksai teigiami. Paviršutinis ir gilus jautrumas yra.

Galvos rentgenogramoje matyti kairėje pusėje arti vidurinės linijos plyšinė fractura ossis frontalis et ossis parietalis.

Terapija: Ramybė, ledai ant galvos ir kas antra diena sol. urotropini 40% po 10 kb. cm. į veną. Ketvirtą dieną ligonis pradėjo judinti kairiąją koją per kelio sąnarį; aštuntą dieną judino kair. kojos pėdos ir pirštų sąnarius ir pradėjo nežymiai judinti dešinę koją per kelio sąnarį. Dabar ligonis kairiąją koją gerai valdo, o dešiniosios pėdos sąnaryje dar nejudina. Apatinių galūnių paralyžius atsirado del smegenų motorinių centrų sužalojimo, veikiant tiesioginei traumai (laesio cerebri). Ligonis demonstruojamas, kaip labai retas atsitikimas, kur del galvos kaulų kair. pusės plyšinės fraktūros atsirado abiejų kojų paralyžius. Mūsų klinikoje toks atsitikimas pirmas; taip pat, peržiūrėjus pastarųjų metų literatūrą, nerasta aprašyto panašaus atsitikimo.

Prof. Al. Hagentornas: Nematė nė vieno atsitikimo, kad del tiesioginės traumos ir plyšio (ne impresinės) fraktūros būtų abiejų kojų visiškas paralyžius.

6. Dr. B. Zacharinas demonstruoja:

a) Šiomis dienomis **amputuotas dvi krūtis.** Viena krūtis įdomi tuo, kad prieš metus ligonei buvo su gimdymu nesusijęs pūliuotas flegmoninis mastitas; vienas kolega ambulatoriškai išleido tai ligonei labai daug pūlių. Žaizda blogai gijusi ir vėliau pradėjo tinti, atsirado navikas, kuris labai kraujavo, ir pasirodė kaip labai **piktybinė carcinoma** su metastazėmis kepenyse (gelta), atsirado kacheksija. Ligonės stovis pablogėjęs būk prieš 5—6 savaites. Nepaisant, kad ligonė galėjo laiku gydytis (ligonių kasos narys), kreipėsi į mus operacijos labai blogame ir užleistame stovyje. Tas faktas rodo, kad dar neviskas pas mus tvarkoje gydymo aprūpinimo klausimu. Matyti, stinga operatiškam gydymui propagandos.

Antras atsitikimas — **kraujuojanti mamma.** Šitas klausimas buvo iškeltas savo laiku mano šefo prof. Minc'o; ir rusai iki šiol vadina šitą ligą prof. Minc'o vardu: „boliezn Minca". Jo aprašytas histologiškas, taip pat ir kliniškas vaizdas. Nors vokiečiai šitą ligą sieja su Dancigo chirurgo Klose's vardu. Daugelis pavadinimų rodo, kad įvairūs autoriai, turėdami prieš akis tą patį simptomą — kraujavimą, aprašinėdavo tą pačią ligą įvairiai ją vadindami. Indikacijos operacijai išdirbtos aiškiau francūzų. Ten, kur be kraujavimo apčiuopiamas navikas, ar ten, kur yra po pažastimi metastazių ir kacheksijos žymių, radikaliai operuotina. Kiek plačiau galima indikacijos klausimas statyti moterims, senesnėms kaip 45 met., klimakteriniame periode. Mūsų preparatas rodo tipišką **mastitis chronica cystica** su spenelio srityje tuštimu, kurio dugne randama tamsiai rudų išaugų ir tamsios šokoladiškos spalvos tirštas skystimas, kurį galėjome lengvai išspausti iš krūties.

b) Demonstruojama keletas rentgenogramų:

a) 13 metų berniukui **lūžusi radius'o galvutė** ir pasisukęs viršutinis fragmentas stačiu kampu statmeniškai kaulo ašiai. Konservatyviai ortopediškai reponuoti nepavyko. Teko operuoti ir, įstačius viršutinį fragmentą į vietą, surišti viela. Gipse kontrolė rodo pradžioje gerą rezultatą, vėliau po kelių dienų rentgenu patikrinimas rodo, kad viršutinis fragmentas yra truputį nusmukęs. Po trijų savaičių berniukas pradėjo atsargiai judinti sąnarį, apie galutinį rezultatą teks pranešti vėliau.

b) Demonstruojamos suaugusio ligonio su **tibia galvutės skeveldriniu**

„y“ formos lužimu rentgenogramos. Ligonis gulėjo vienoje ligoninėje su **ekstenzija.** Vėliau atvyko pas mus trečią savaitę po nelaimės. **Buvo pasiruošta** operuoti. Bet pamėginus osteoklastu (narkozėje) fragmentai pavyko atstatyti. Fragmentai sulaikomi gipsu; ligonis vaikščioja su įgipsuota geležine kilpa.

c) Rentgenograma 12 metų berniuko su **šlaunies galvutės epifiziolize.** Epifiziolizė atsirado epilepsinio priepuolio metu. Šiandien narkozėje padaryta repozicija ir uždėtas Whitmann'o principu gipsas.

Čia norėčiau pastatyti diskusijoms klausimą: ar pakankamas mūsų pavartotas gydymo principas, ar ir vaikams vertėtų taikyti osteosintezė (clouage), kaip kad suaugusiems fractura colli femoris atveju?

Diskusijos:

Dr. Kusa: Fractura colli femoris yra senų žmonių liga, o epiphyseolysis cap. femoris yra jaunų žmonių susirgimas. Operuodami fractura colli femoris, mes stengiamės seną žmogų pastatyti ant kojų. Prof. Hass moka gerai reponuoti epiphyseolysis cap. femoris ir tuos visus atsitikimus gydo konservatyviai. Tik jaunas chirurgas Felsenriech siūlo ekstraartikulinę osteosintezę su Sven-Johansson'o vinim epiphyseolysis cap. femoris gydyti, bet tat yra tik pirmieji bandymai.

Prof. Al. Hagentornas: Mano, kad negalima įvesti corpus alienum epiphysiolysis cap. femoris atveju, nes trukdys kaulo augimą.

Dr. Z. Rudaitis: Yra teigiama, kad šlaunikaulio kaklelio augimo linija mažai turi įtakos šlaunikaulio augimui.

Prof. Al. Hagentornas: Jei šitoje vietoje yra gamtos duota augimo linija, tai, matyti, ji yra svarbi ir reikalinga.

Dr. M. Mickus: Iš 13 ligonių, turėjusių epiphyseolysis cap. femoris ir jo konservatyviai gydytų, tik du nepasveiko.

7. Dr. K. Katilius demonstruoja:

a) 32 metų ligonį, kuris nuo 2 metų amžiaus turėjo **apatinių galūnių raumenų kontraktūras ir apatinių galūnių ir dubens kaulų deformaciją.** Ligonis galėjo vaikščioti susirietęs kaip beždžionė. Tendoplastikų ir osteotomijų pagelba ligonis ištiestas ir pradeda normaliai vaikščioti.

b) Demonstruoja preparatą — **ruptura aortae spontanea,** bifurkacijos srityje. Ligonis 17 metų berniukas, susirgęs staiga prieš 7 dienas. Kliniškas vaizdas buvo panašus į abscessus pararenalis sin. ar peritonitis. 8-tą dieną exitus. Sekcijos metu ir patologohistologiškai išaiškinta, kad ruptura įvyko del periaortitis acuta.

Diskusijos:

Dr. Valteris: Del aortos ruptūros patologai yra įvairių nuomonių, bet laikomasi trijų teigimų, kad ruptura gali įvykti del: 1) periarteriito, 2) endarteriito ir 3) mezarteriito.

8. Dr. Brundza: Ligonis V. St., 46 metų, darbinikas su kompresine **fractura vertebrae cervicalis II.** Iš antrojo aukšto ligoniui nukrito ant galvos balkis. Ligonis nustojo sąmonės. Tą pačią dieną atvežtas į kliniką.

Status specialis. Ligonis negali pajudinti galvos ir negali ryti. Patinusi dešinioji sternocleidomastoidei sritis ir skaudama. Ligonis jaučia dūrimus ir tirpimus rankose, ypač I ir II pirštuose, ir skausmus krūtinėje. Paviršutinis abiejų rankų jautrumas sumažėjęs, o I ir II pirštų ir plaštakų srityje visai pranykęs.

Terapija. Glisson'o kilpos pagelba tempimas. Trečią ir ketvirtą dieną ligonis negali pajudinti pirštų, nepakelia dešn. rankos. Po 10 dienų ligonis pradėjo judinti rankas ir atsirado jautrumas. Ne iš karto atsiradęs paralyžius buvo del ėdemos ar kraujo išsiliejimo, kuriuos davė kaulo lūžimas.

D i s k u s i j o s:

Prof. Al. H a g e n t o r n a s aiškina visus tuos reiškinius del reakcinės ėdemos po stuburkaulio suspaudimo. Smegenų substancija negalėjo būti sužalota, nes funkcija jau dabar yra atsistačiusi; kad kraujas būtų išsiliejęs, netikėtina, nes paralyžiaus reiškiniai atsirado kelintą dieną. Čia tur būt yra panašiai kaip ir prolapsus cerebri atveju. Prolaps'ui išnykus, ir reiškiniai išnyksta. Cervikalinės stuburo srities sužalojimai duoda labai blogą prognozę.

Dr. K u s a matė panašų atsitikimą, kuris baigėsi mirtimi. Skrodžiant rasta haematoma.

9. Dr. B r u n d z a demonstruoja r-mą ligonio, sergančio dešin. rankos **luxatio cubiti anterior.** Kuliant javus sukamasis diržas, pagriebęs ligonį, sviedė jį į šalį ir sužalojo dešin. ranką. Ligonis atvyko į ligoninę po savaitės. Profilio r-moje olecranon matyti iš priekio nuo trochlea humeri. Eterio narkozėje atstatyta tiesioginiu būdu per svirtį ir uždėtas gipsas. Po savaitės gipsas pakeistas įtvaru ir pradėta lankstyti. Po 2 mėn. patikrinta. Ligonis gerai lanksto ranką, kiek susilpnėję supinatio ir pronatio. Demonstruojamas kaip retas luxatio cubiti anterior atsitikimas.

10. Med. dr. M e š k a u s k a s demonstruoja 24 metų ligonį, kuriam prieš pustrečio mėnesio atsiradę labai dideli skausmai viduriuose, vėmimas, aukšta temperatūra. Viduriai buvę labai įtempti, kiek išsipūtę ir skaudami. Nuvažiavęs į apskr. ligoninę, kur dėję ledą, vartoję griežtą dietą ir truputį pagerėjęs. Po dviejų savaičių vėl pasikartoję skausmai ir vėmimas. Ligonis buvo atsiųstas į mūsų kliniką. T-ra siekė 38°. Pilvo raumenys dešin. pusės viršutinėje dalyje buvo labai įtempti. Skaudamumas skrandžio plote ir dešiniajame hypochondrium'e, pykino vemti ir nuolat vargino žaksėjimas. Paskirta ledas, narcotica, griežta dieta. Palaipsniui ligonis gerėjo, t-ra krito. Po 2 mėn. nuo susirgimo pradžios ligonis prašviestas. Prašviečiant matomi po diafragma viršuj kepenų skysčiai, o viršuj jų oro pūslė. Šituo atveju, matyti, buvo perforavusi skrandžio opa, kuri aplink sulipo su gretimais audiniais; nuo ko galop išsivystė **subdiafragminis abscesas.** Šitas atsitikimas įdomus tuo, kad toks sunkus susirgimas iki šiol apsiėjo be chirurgiškos intervencijos. Ligonis jaučiasi gerai, vaikščioja.

D i s k u s i j o s:

Dr. M. M i c k u s: Čia tur būt subdiafragminis abscesas pasidaręs po peritonito del skrandžio perforacijos, ir jis reikia atidaryti chirurgišku būdu, nes patsai neišnyks.

Dr. J. M e š k a u s k a s: Pūliai gali būti sterilūs, nes nėra temperatūros, nėra žaksėjimo—diafragmos dirginimo. Likviduoti abscesui bus reikalinga chirurgiška intervencija.

11. Dr. Z. R u d a i t i s demonstruoja rentgeno nuotraukas:

a) **Myeloma disseminata** atsitkimas.

b) **Ca vertebrarum** atsitikimas.

12. Dr. M a c i ū n a s demonstruoja:

a) Ligonį su dideliu **ca ventriculi,** prilipusiu prie kepenų ir prie pancreas'o galvutės; tat sukeldavę ligoniui labai stiprius skausmus. Jau vien delto palengvinimui operuotina. Padaryta totalinė skrandžio rezekcija, anastomosis Polya-Reichelt'o būdu, greta dar jejunum'o kilpos tarp savęs anastomozė. Demonstruojamas ligonis jau sveiksta. Preparatas. Rentgenogramos.

b) Ligonė 38 met., serganti **carcinoma colonis flexurae hepaticae,** kuris buvo sukėlęs neryškių simptomų kompleksą, lyg nephrolithiasis, retroperiton. tumor. Šituo atveju patogus Tuffier pjūvis. Ligonė. Preparatas.

c) **Tromboflebitinis ulcus cruris.** 2 fotografijos: prieš gydymą ir

po 24 dienų. Opa užgijusi. Terapija: gulėjimas iškėlus koją, operatiškas ištempimas n. saphenus; tepalai. Anksčiau gydyta panašiai be nervo tempimo, bet opa negijo.

d) **Tumor cerebri (endothelioma)** preparatas.

Ligonis turėjo **hemiparezės simptomus.** Operuota dviem momentais. Ligonis jaučiasi dabar (po 6 mėn.) beveik visai sveikas.

e) Rodo **rezekuotą skrandį su duodenum'o dalimi.** Didelė dilatacija bulbus duodeni, kuris in situ del perigastritinių ir periduodenitinių suaugimų taip buvo susuktas, kad atrodė lyg būtų diverticulum duodeni.

Posėdyje dalyvavo 13 narių ir 27 svečiai.

Pirmininkas *Prof. Al. Hagentornas.*
Sekretorius *Dr. V. Kanauka.*

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Bonoje — prof. dr. Max Bleibtren, buvęs Greifsvaldo universiteto fiziologijos profesorius, 78 metų amžiaus. — 2) Kelne — prof. dr. H. Böker, anatomas, 52 metų amžiaus. Jisai savo veikaluose nagrinėja sąsyjį tarp organinės funkcijos ir anatominės struktūros. — 3) Rostoke—prof. Ernst Ehrich, chirurgas, mirė nuo širdies smūgio.— 4) Prof. dr. Ernst Finger, venerodermatologas, 83 metų amžiaus. — 5) Viurcburge — prof. Alwin Knauer, 60 metų amžiaus.

× **Mirė dr. Ignas Meškis** 1939 m, gegužės mėn. 18 d. Šiauliuose. Jisai buvo Šiaulių apskrities gydytojas.

Dr. Ignas Meškis gimė 1882 m. vasario mėn. 1 d. Paskerdynės km., Kelmės valsč., Raseinių apskr. Jo tėvas, neturtingas ūkininkas, platindavo lietuviškus raštus, del kurių net buvo areštuotas, bet, neįrodžius kaltės, vėl paleistas. Nuo 1899 m. Ignas Meškis raštininkavo Kelmės valsčiaus valdyboje, nuo 1902 m. užėmė Kelmės valsčiaus teismo sekretoriaus vietą, iš kurios netrukus gubernatoriaus už lietuviškų atsišaukimų rašymą buvo iš Lietuvos ištremtas. Uždarbiaudamas privačioje įstaigoje jisai mokėsi ir eksternu baigė gimnaziją. Paskui įstojo į aukštuosius karo technikos kursus, kuriuos baigęs buvo paskirtas karo valdininku. 1918 m. grįžo į Lietuvą ir čia dirbo įvairiose žinybose. Paskui įstojo į universitetą, kurį baigė 1926 m., įgydamas medicinos gydytojo teises. Iš pradžių tarnavo Sveikatos departamente dezinfekcijos instruktoriumi, paskui epidemijų gydytoju. Vėliau buvo paskirtas Raseinių apskr. gydytoju ir galop tų pačių pareigų eiti perkeltas į Šiaulius.

Velionis Petrapilyje buvo suorganizavęs katalikų mirties kasą, buvo Tautos Santaros Petrapilio skyriaus pirmininku. 1918 metais dalyvavo Lietuvių Petrapilio seime. Šiauliuose buvo tautininkų apskrities komiteto pirmininku.

Dr. Ignas Meškis yra apdovanotas IV laipsnio Gedimino ordinu ir Nepriklausomybės medaliu.

Dr. Ignas Meškis mirdamas paliko žmoną ir tris dukteris. Jisai palaidotas gimtojo Kelmės miestelio kapinėse.

Tebūnie jam amžinu poilsiu gimtosios tėviškės žemelė.

MEDICINOS AUKŠTASIS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą yra gavę** šie asmenys: Borisas Efrosas, Joselis Chaliutas, Peisachas Gantovnikas, Chaimas-Jošua Ippas, Vladislovas Ivinskas, Jonas Jocius, Arturas Jurgutis, Beniaminas Kliačko, Juozas Kuprys, Jankelis-Mordchelis Levinas, Chaimas Perkulis, Vladimiras Sergiejus, Elena Stelmokaitė ir Stasys Šernas.

× **Dantų gydytojo diplomą yra gavę** šie asmenys: Bronislava Kavaliauskaitė-Kazlauskienė, Rozalija Kulešaitė, Bronė-Stasė Pašukonytė, Bronislava Šiliūnaitė ir Sara Zasaitė.

× **Doktoranto egzaminus** yra išlaikę gyd. Kazys Katilius ir Kazimieras Valteris.

×.Doktoranto gyd. Petro Kazlausko disertacija „Kauno pradžios mokyklų akių tyrimai" pripažinta tinkama disertacijai. Viešame dispute Medicinos fak-to oponentais paskirti prof. P. Avižonis, prof. K. Oželis ir pr.-doc. J. Šopauskas. Disertacijos gynimas paskirtas birželio mėn. 13 d. 12 val. V. D. Univ-to Medicinos fakulteto didžiojoje auditorijoje (Mickevičiaus g. 7 nr.).

× D-rui Vitoldui Girdzijauskui, apgynusiam disertaciją „Lytinių liaukų, skydinės liaukos, jų hormonų ir gl. parathyreoideae įtaka agliutininams pasigaminti" pripažintas medicinos daktaro laipsnis.

× **Atleidimas iš tarnybos.** V. D. Univ-to Medicinos fakultetas yra gavęs iš Švietimo ministerio raštą, kad iš tarnybos turi būti atleisti:

a) asmenys, turį teisę gauti pensiją, jei jie nėra nepakeičiami;

b) tarnautojai, kurių vyras ar žmona gauna mėnesiui netto daugiau kaip 600 lt. Kaune ir daugiau kaip 450 litų kitose vietose.

× **Asistentų reikalais:**

1) Gyd. V. Avižonis išrinktas dar trejiems metams Akių klinikos vyr. asistentu;

2) gyd. V. Vaičiūnas išrinktas dar trejiems metams Nervų ir psich. klinikos vyr. asistentu;

3) gyd. M. Zubrienė išrinkta dar vieneriems metams Akušerijos ir ginekologijos klinikos vyr. asistentu.

× Prof. Al. Hagentornui ir prof. Raudonikiui profesoriavimo laikas pratęstas ligi š. mt. rugsėjo mėn. 1 d.

× Egzaminuoti iš nervų ir psichikos ligų paskirti prof. Pr. Gudavičius ir vyr. asistentas gyd. V. Vaičiūnas.

× **Komandiruotės.** Anatomijos kat. vyr. asistentas gyd. R. Masalskis komandiruojamas mokslo reikalais į Ciurichą ir Lozaną nuo VI. 1 d. iki IX. 1 d.

× **Medicinos fakultetas yra gavęs pranešimą apie Ciuricho medicinos ir chirurgijos kursus,** kurie bus š. mt. rugpjūčio mėn. 20— 26 d.

× **Į Viešosios Sveikatos Tarybą,** organizuojamą prie Sveikatos departamento, nuo V. D. Univ-to Medicinos fak-to, išrinktas prof. Pr. Gudavičius.

× Miręs Jonas Šliažas paliko V. D. Un-to Medicinos fakultetui 2.000 lt., iš kurių procentų turi būti duodama stipendija studentui, studijuojančiam farmaciją, kilusiam iš Žagarės valsčiaus (prieškarinėmis ribomis).

× **Studentų sveikatos tikrinimo projektui** paruošti išrinkta komisija iš prof. J. Žilinsko (pirmininko), doc. V. Kuzmos ir pr.-doc. d-ro J. Kupčinsko, bendradarbiaujant su pr.-doc. V. Kanauka ir gyd. V. Tiškum, kaip studentų ligonių kasos atstovais.

× Sveikatos dep-tas kreipėsi į V. D. Univ-to Medicinos fakultetą, prašydamas suruošti studentams medikams **paskaitas apie gyventojų sanitarinį švietimą, švaros reikšmę kovojant su ligomis** ir paskatinti studentus atostogų metu organizuoti paskaitas kaimo gyventojams.

V. D. Univ-to Medicinos fak-to taryba nutarė paskatinti sanitarinio švietimo darbui studentus medikus per jų organizacijų valdybas.

× **V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto klinikos** šį rudenį jau pradės veikti. Kandidatais į klinikų direktoriaus vietą numatomi prof. K. Oželis ir prof. J. Žilinskas.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Naujoji Lietuvos gydytojų draugijų Sąjungos Valdyba,** kuri išrinkta š. mt. IV. 16 d.,, pareigomis pasiskirstė: prof. K. Oželis — pirmi-

ninkas, d-ras J. Žemgulys — vicepirmininkas, d-ras J. Nemeikša — iždininkas, d-ras V. Vaičiūnas — sekretorius, d-ras V. Lazersonas ir d-ras M. Nasvytis nariai; garbės pirmininku išrinktas d-ras J. Staugaitis.

× **Tarptautinis kūno ūgdymo ir sporto biologijos kongresas** bus kartu su tarptautinės sporto gydytojų sąjungos suvažiavimu Briuselyje 1939 m. liepos mėn. 9—12 d. Reikalais kreiptis į: Sekretariat 96 P. Jansonlaan, Brüssel.

× **Lenkų kovotojų su džiova pakvietimas į kongresą** Gdynėje 1939 m. gegužės 27, 28 ir 29 d. d. Lenkų prieštuberkuliozinė s-ga delegavo praktikavusį prieš D. karą Prienuose ir Kaune d-rą Pr. Grodeckį, kviesdama Lietuvos gydytojus dalyvauti minėtame kongrese. Į šitą kongresą buvo nuvažiavę iš Lietuvos šie asmenys: d-ras A. Garmus, d-ras A. Milvidas su žmona, d-ras L. Sipavičius su žmona, d-ras J. Runkevičius ir J. Šileikaitė — iš Kauno; d-ras A. Didžiulis — iš Panevėžio; d-ras Al. Kantoravičius — iš Šiaulių; d-ras J. Kilys, kun. Jonaitis ir inž. Juškėnas — iš Alytaus. Iš viso 12 asm

× **Gydytojų suvažiavimas Šiauliuose.** Birželio 9—10 d. Šiauliuose bus šiaurės Lietuvos gydytojų suvažiavimas, kuris turės aptarti sveikatos punktų steigimo bei praplėtimo reikalus, biednuomenės gydymo klausimą, suvienodinti medicinos pagelbos teikimo būdus ir kt. Manoma, kad į suvažiavimą atvyks 70—80 gydytojų, o taip pat atsilankys aukštų sveikatos srities pareigūnų iš Kauno.

× **Ligonių kasų atstovų suvažiavimas Kaune.** Gegužės 12 d., Kaune buvo Lietuvos ligonių kasų atstovų suvažiavimas. Dalyvavo medicinos skyrių vedėjai ir valdybų pirmininkai arba direktoriai. Buvo aptarti medikamentų sąrašo klausimai, vaistų teikimo tvarka ir medicinos pagelbos teikimas apdraustiesiems.

× **Vaistininkų suvažiavimas.** Gegužės 20 d. Prekybos, Pramonės ir Amatų Rūmų salėje buvo Lietuvos vaistininkų metinis suvažiavimas. Pranešimą apie vaistinių padėtį Lietuvoje ir apie vaistininkų profesinius reikalaus padarė Lietuvos Vaistininkų Draugijos pirmininkas prov. J. Makauskis. Be to, suvažiavime buvo aptarta daugelis aktualių ir vaistininkams rūpimų klausimų.

× **Baltijos vaistininkų konferencija Kaune** bus birželio 9—11 dienomis Kaune įvykstančio Lietuvos, Latvijos ir Estijos vienybės kongreso ir Baltijos savaitės metu. Šitoje konferencijoje dalyvauti kviečiami visi Lietuvos Vaistininkų Draugijos nariai.

× **„Pieno Lašo“ draugijos visuotinis susirinkimas.**

Neseniai Motinos ir Vaiko muziejuje buvo metinis „Pieno Lašo“ d-jos narių susirinkimas, kuriam pirmininkavo gyd. E. Sleževičienė, sekretoriavo Steponaitis.

D-jos pirm. dr. K. Grinius padarė trumpą pranešimą apie laimėjimus bei pralaimėjimus kovoje su vaikų mirtingumu 1938 m. ir pažymėjo, kad, jei mūsų tauta nori ilgai gyventi, vaikais reikia labiau susirūpinti. Lietuvoje gimimų skaičius yra didesnis, kaip kitose Baltijos valstybėse, tačiau ir kūdikių mirtingumas didesnis. Motinos ir vaiko sveikatos apsaugai yra naudingi Kaimo medicinos ir Kovai su samagonu įstatymai. Juos reikia tik pilnumoje įgyvendinti — vykdyti.

D-jos v-bos pranešimą padarė gyd. M. Kregždienė, pažymėdama, kad praėjusieji metai buvo jubiliejiniai — „P. Lašo“ d-ja minėjo 15 m. sukaktį. Tos sukakties proga d-ja išleido žurnalą.

Praėjusiais metais d-ja iš Ž. ūkio m-jos nupirko Vilijampolėje žemės sklypą. D-jos įstaigų aptarnavimui atsirado reikalas statyti kiek didesnę ir patogesnę skalbyklą. Tam tikslui yra sudarytas planas ir sąmata 32.000 lt. ir v-ba rūpinasi gauti lėšų.

1938 m. d-ja išlaikė: pieno dalinimo stotį ir pieno gydomųjų preparatų gamyklą, du lopšeliu ir du patronatus.

Pieno dalinimo stotis ir pieno gydomų preparatų gamykla 1938 m. išdalino 49.508 litrus, 26,1% daugiau kaip 1937 m. Pieno išduota daugiau del to, kad v-ba pakeitė Patronato statutą ir pradėjo globoti ne ligi 1 m. amžiaus vaikus, kaip buvo ligi šiol, bet ir vyresnius. Tuo būdu susidarė didesnis globojamųjų skaičius. Bet vėliau teko nuo to atsisakyti, nes stigo lėšų.

Pieno stotis praėjusiais metais pagamino: pieno baltymų — 923,8 litrus, pasukų — 1.845,6 l., išrūgų — 9.860 l.

Daugiausia įvairių pieno preparatų teko išduoti Kauno m. ligonių kasai. Be to, tų preparatų naudojo ne tik Kaune gyvenantieji privatūs asmenys, bet ir provincijos žmonės.

Dieninis lopšelis Nr. 1. Jame yra paruošta 30 vietų vaikams ligi 2 m. amžiaus. Lopšelyje buvo globojama per dieną vidutiniškai 24,2 vaikai. Iš viso praeitais metais jame buvo 107 vaikai.

Lopšelis Nr. 2. Jame buvo paruošta 30 vietų. Čia buvo globojami vaikai nuo 2 ligi 4 m. amžiaus. Vidutiniškai per dieną buvo globota 30 vaikų. Iš viso praėjusiais metais šitame lopšelyje buvo 88 vaikai. Lopšelio Nr. 2 vidutinis globotinių skaičių rodo tendenciją didėti.

Abiejų lopšelių vaikai gauna d-jos paruoštus rūbus, maistą, medicinos pagelbą. Lopšelio Nr. 2 vaikai mokomi įvairių žaidimų ir darbelių. Į jų auklėjimą kreipiamas didesnis dėmesys. Lopšeliuose pasitaikė vaikų ne tik iš Žaliojo kalno rajono, bet iš tolimesnių rajonų: Aleksoto, Senamiesčio ir net iš A. Panemunės kasdien atnešdavo vaikų.

Patronatas Nr. 1. Šios įstaigos išlaidoms padengti d-ja lėšų gavo iš Vid. reik. m-jos. Kadangi m-ja išlaidas yra apribojusi, d-ja negalėjo patenkinti visų reikalaujančių pašalpų. Patronate globojamieji gavo pinigų sumokėti už butą arba kampą, pieno ir kitų maisto produktų, premijas už natūralų vaikų maitinimą. Be to, buvo išdalinta 20 vaikų kraitelių naujagimiams.

Praėjusiais metais šitame patronate buvo globojama 282 motinos ir 303 kūdikiai. Patronatan priimant ir išrašant šeimas, v-ba vadovavosi tam tikslui paruoštu statutu.

Patikrinti beturčių materialinę būklę ir susipažinti su jų gyvenamais butais d-ja samdo nuolatinę vizitatorę.

Patronatas Nr. 2 jau 1937 m. rodė tendenciją mažėti del Kauno m. savivaldybės soc. apsaugos skyriaus labai mažinamų pašalpų. Todėl 1938 m. šitame patronate buvo globota tik 1 motina ir 1 vaikas, bet ir tai tik 3 mėnesius. Nuo praėjusių metų balandžio mėnesio patronate globojamųjų nėra, todėl ir patronatas laikomas likviduotu.

Praėjusiais metais „Pieno Lašas“ ėmėsi priemonių (perspėjimai, piniginės premijos) paskatinti motinas ilgiau savo kūdikius žindyti. Tačiau tos priemonės nedaug tepadėjo, nes daug motinų ateina į „Pieno Lašą“ labai išbadėjusių, visai pieno neturinčių.

Apie finansinį d-jos stovį pranešė J. Šileikaitė. D-jos 1938 m. balansas suvestas 220.750 lt. sumoje ir apyskaita — 79.541 lt. sumoje.

Po revizijos komisijos pranešimo susirinkimas patvirtino praėjusių metų apyskaitą ir priėmė 1939 m. sąmata daugiau kaip 130.000 lt. sumoje.

Pagal įstatus iš v-bos išėjo K. Žalkauskienė ir J. Šileikaitė. Jos v-bon vėl perrinktos. Dabar d-jos v-bą sudaro: dr. K. Grinius, E. Šklerienė, K. Žalkauskienė, J. Šileikaitė, M. Kregždienė ir St. Žemaitienė. Revizijos komisijon išrinkti: dr. V. Tercijonas, dr. R. Šliūpas ir J. Vileišis.

1939 m. d-jos darbų plane numatyta skalbyklos statyba, likvidavimas žemės sklypo Vilijampolėje, pripirkimas žemės sklypo Aukštaičių g., prie esamo d-jos sklypo ir kt.

Susirinkimas d-jos v-bai davė įgaliojimų prireikus kredituotis ligi 120—130 tūkst. lt., parduoti Vilijampolėje turimą sklypą, išpirkti iš Kauno m. savivaldybės dabar valdomą Aukštaičių g. sklypą. Be to, davė sutikimą prie dabar turimo Aukštaičių g. sklypo iš Narutavičienės pripirkti žemės.

Dr. V. Tercijonas pareiškė pageidavimą, kad „Pieno Lašas“ išplėstų savo veiklą ir provincijoje. Be to, pageidauta, kad būtų rūpinamasi pradėti gaminti sausos pasukos, kurios dabar įgabenamos iš užsienių ir yra labai brangios.

Dr. K. Grinius, atsakydamas dr. Tercijonui, nurodė, kad vargu ar šiemet toje srityje ką nors apčiuopiamo bus galima padaryti, nes jaučiama lėšų stoka.

× **Birštonas pradėjo sezoną.**

1939. V. 19 d. Birštono kurortas oficialiai pradėjo sezoną. Į iškilmingą kurorto atidarymą buvo atvykę min. K. Skučas, min. doc. A. Tamošaitis, vicemin. Barkauskas, vicemin. Giedraitis, R. Kryžiaus pirm. dr J. Alekna ir daugelis kitų aukštų svečių.

Birštono kurorto dir. dr. Matulionis, informuodamas susirinkusius, priminė, kad Birštono kurortas egzistuoja jau 84 m. Tai ilgas laikas, bet dar ir šiandien Birštone yra pastatų, primenančių senovę.

Birštono mineralinius šaltinius pirmas ištyrė Vilniaus universitetas. Radus, kad tie šaltiniai turi gydomosios galios, pradėta steigti gydomųjų įstaigų. Tas darbas daugelį metų buvo vykdomas be jokio plano, programos. Tik po D. karo Birštonas paverstas kurortu.

R. Kryžius pradėdamas Birštono kurortą tvarkyti, turėjo susidurti su dideliais sunkumais. Vienas tokių sunkumų Ų medicinos darbo organizavimas. Kurortas — komplikuotas ūkis. Yra sava kanalizacija, elektros stotis, gydyklos ir d. k. Šitam ūkiui tvarkyti reikėtų didelių kadrų kvalifikuotų žmonių, tyrimo institutų ir pan. Tačiau kol kas to mes negalime turėti.

L. R. Kryžius nuo 1924 m. ligi šol Birštono kurortui yra išleidęs apie 2 mil. litų. Vien šiemet R. Kryžius Birštono kurortui patobulinti skiria 200 tūkst. lt. Už tuos pinigus Birštonas gaus iš Petrašiūnų elektrą, bus padidinta svetainė. Greta jos bus įrengta valgykla, kurioje bus gaminami nebrangūs valgiai. Be to, statomi filtrai, kurių pagelba kurorto gyventojai turės švaraus ir higieniško vandens. Statomas mineraliniams vandenims pavilionas, į Baltąją sanatoriją įvedamas šaltas ir šiltas vanduo.

Birštono kurorto administracijos laukia dar dideli uždaviniai. Birštonas tokiu negali likti. 1932 m. Birštono kurorte gydėsi apie 1.000 žmonių, o jau praėjusiais metais — 3.000. Netrukus, kaip numatoma, per sezoną gydysis apie 6.000 žmonių. Taigi, kurorto išplėtimas yra dienų klausimas.

R. Kryžiaus v-ba jau yra paskelbusi konkursą Birštonui išplanuoti.

Augant Birštono kurortui, iškyla didesnio parko reikalingumas. Už Nemuno esąs pušynas kaip tik tam tikslui būtų galima panaudoti. Birštono kurortas tikisi, kad ir šitas klausimas bus išspręstas teigiama prasme.

L. R. Kryžius Birštone projektuoja pastatyti liaudies sanatoriją, kur už labai mažą atlyginimą būtų galima gauti pastogę, maistą.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingas gydytojas** Padubysio valsčiaus (Šiaulių apskr.) Sveikatos punktui. Duodama 400 lt. subsidijos kas mėnuo.

× **Reikalingas gydytojas stažistas** Kretingos apskr. ligoninei nuo š. m. VII. 1 d. Mėn. atlyginimas: 112,50 lt. ir maistas.

× **A. a. prof. J. Blažio minėjimas** neseniai buvo Karo Muziejuje. Kartu buvo paminėtas ir neseniai miręs Alytaus apskrities gydytojas P. Narkus. Pranešimus darė plk. dr. Bendoravičius ir dr. Baronas.

× **Dr. K. Vyšniauskas** buvo Paryžiuje pasitobulinimo reikalais.
× **Dr. S. Janavičius,** buvęs tautininkų generalinis sekretorius, paskirtas Alytaus apskrities gydytoju.
× **Dr. Sukarevičius,** buvęs Alytaus apskrities gydytojas, paskirtas Ukmergės apskrities gydytoju.
× **Dr. Bortkevičius,** buvęs Ukmergės apskrities gydytojas, paskirtas Šiaulių apskrities gydytoju, vietoje mirusio d-ro Meškio.
× **Dr. E. Jasevičiūtė** Lietuvos Raudonojo Kryžiaus siunčiama į Šveicariją pasitobulinti.

AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **Reikalingos akušerės:** 1) Svedasų (Rokiškio apskr.) sveikatos punktui.
2) Ukmergės apskr. saviv-bės ligoninei — gailestingoji sesuo-akušerė. Kreiptis į apskrities valdybos pirmininką.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1939 m. kovo mėn.:** typhus abdom. 76 (4), paratyphus 5, typhus exanth. 32 (3), morbilli 364, scarlatina 78, pertussis 86, diphtheria 147 (3), influenza 1.774 (2), erysipelas 27, poliomyelitis et polioencephalitis ac. 4, enceph. leth. epid. 2, mening. cerebr. spin. epid. 8, tetanus 1, tuberculosis 198 (5), venerinėmis ligomis 445 (lues 115, gonorrhoea 330), varicella 14, trachoma 264, parotitis epid. 7, febris puerperalis 3 (1), septicopyaemia 3 (1), scabies 30. Skliauteliuose pažymėti mirimai.
× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas 1939 m. balandžio mėn.:** typhus abdom. 43 (2), paratyphus 7, typhus exanth. 23 (2), morbilli 235, scarlatina 81 (1), pertussis 67, diphtheria 90, influenza 279, erysipelas 32, poliomyel. et polioenceph. ac. 3 (1), enceph. leth. epid. 1, mening. cerebro-spin. epid. 16 (1), tetanus 1, tuberculosis 149 (9), vener. ligomis 417 (lues 117, gonorrhoea 300), varicella 11, trachoma 171, parotitis epid. 3, febris puerper. 2, septicopyaemia 1, scabies 11. Skliauteliuose pažymėti mirimai.
× **Prieštuberkuliozinė savaitė.** Draugija kovai su tuberkulioze ruošia birželio m. 1—7 d. prieštuberkuliozinę savaitę, kuri organizuojama ne tik Kaune, bet ir visoje Lietuvoje. Savaitės metu bus organizuojama v. same krašte viešą rinkliava dėžutėmis, per Valstybės Radijofoną skaitomos paskaitos, šaukiami vieši susirinkimai. Provincijoje šitą savaitę organizuoja Draugijos kovai su tuberkulioze skyriai, o kur jų nėra, vietos gydytojai.
× **Amerikoje vis gausėja psichinių ligonių.** 51% ligoninių turi ir psichinių ligonių skyrius. („M. m. W.“ 1939 m. 20 nr.).
× **Raginama sumažinti alkoholio ir nikotino vartojimą.** Vokiečių aviacijos kariuomenėje, aviacijos ministerijos raštu. („M. m. W.“ 1939 m. 18 nr.).
× **5 metų mergaitė motina.** „Daily Herald“ pranešimu Limoje (Peru) 5 metų amž. indėnė Lina Medina, 3 pėdų ir 1 colio ūgio, dar neišmetusi pieninių dantų, pagimdžiusi ligoninėje sveiką kūdikį, svėrusį 6 svarus.
× **Mėnulio įtaka plaukams.** Čikagos (Š. Am. J. V.) biologinio instituto (prof. James Jores) tyrimais pastebėta, kad mėnulis turįs ypatingos įtakos plaukų augimui, būtent: lėčiau plaukai augą esant jaunam mėnuliui, o greičiausiai — pilnaties metu; anksti rytą plaukai augą greičiau, o dieną — lėčiausiai.
× **Konsultacijos punktas** sveikatai patikrinti prieš vedybas nuo birželio 1 d. iki spalių 1 d. veikia vieną kartą savaitėje: penktadieniais nuo 19—20 val. Mickevičiaus gt. 2a. Birželio mėn. budi šie gydytojai: VI. 9 d. — dr. V. Vaičiūnas, VI. 16 d. — dr. Vaitekūnas, VI. 23 d. — dr. Minginas, VI. 30 d. — dr. V. Juškys.

MEDICINIŠKOSIOS MINTYS IR SĄMOJIS.

× **Ligonių pasaulis — visai kitoniškas negu sveikųjų.**

— Geriau kentėti negu mirti, — taip galvoja ligoniai.

— Geriau mirti negu kentėti, — štai sveikųjų pošūkis.

Žmonės mažiau bijo mirties negu mirimo.

× **Konsiliumas.**

Nuomonių skirtumai neretai pasitaiko.
Kai kada ligonis del to net sveiksta.

× **Patarimas praktikams.**

Nevenk ir neniekink specialistų. Jie tau gali būti naudingi, jeigu šį tą žiną.

× **Jaunųjų dėmesiui.**

Neišsitark lengvabūdiškai apie savo kolegų diagnozę. Nedaryk kitam to, ko nenori, kad tau būtų daroma.

Nepamiršk, kad ir histerikai bei hipochondrikai nėra apdrausti nuo organinių susirgimų.

Taktiškas poelgis yra instinktyvus žinojimas ir nujautimas, kas tavo artimui yra šventa.

Nėra reikalo pacientams aiškinti mediciniškus dalykus, nes jie klaidingai tave supras. Paaiškink jiems ligą liaudies kalba ir samprotavimais.

Prieš gydydamas kitus pagalvok, ar sutiktumei pats pas save gydytis.

Begydydamas kitus galvok ir elkis taip, lyg tai būtų tavo gyvybės ir sveikatos reikalas.

Tavo diagnozė tenerūpi tau daugiau negu tavo ligonio sveikata ir gerovė.

× **Pavojinga medicinos pažanga.**

Specialistas žino kas kartas vis daugiau ir daugiau apie vis mažiau ir mažiau, kad paskui viską žinotų apie nieką; praktikas gydytojas žino kas kartas vis mažiau ir mažiau apie vis daugiau ir daugiau, kad galop apie viską nieko nebežinotų.

× **Sunkus atsitikimas.**

— Ponas daktare, aš kas pusvalandis viduriuoju ir tat trunka kiekvieną kartą po 30 min.

× **Nesusipratimas.**

— Bereikalo tamsta man pasakoji, aš esu visiškai kurčias.

— Aš su tamsta nekalbu, aš tiktai gromuliuoju savo kramtomąją gumą.

× **Blogas padėjimas.**

— Ar buvote pagal mano patarimą namie, kad galėtumėte laikytis dietos?

— Žinoma, p. profesoriau, kai aš sumokėjau tamstos sąskaitą, man kito išėjimo nebebuvo.

× **Studento mediko egzaminas.**

Profesorius beegzaminuodamas studentą mediką uždavinėja jam eilę klausimų, į kuriuos nesulaukia atsakymo. Pagaliau profesorius klausia:

— Ar tamsta rūkai?

— Rūkau, — atsako studentas rūstai.

— Ačiū Dievui, — taria profesorius, — aš jau buvau bemanąs, kad tamsta esi nebylys.

× **Pesimistė.**

— Kuo ponia skundžiatės?

— Aš labai pesimistiškai žiūriu į visus reikalus.

— O, tai nedidelis dalykas. Įsirašykite į pozicijos partiją, tai viskas ko puikiausiai atrodys.

DYNAL

Ger-Ma-Po

Sudėtis: *Dinitrocresophenoli* *0,02*
Aethylenathenyldiamini *0,08.*

Indikacijos: Nutukimas, artritizmas.

Vartojimas: Gydant nutukimą, pacientui duodama pro die tablečių skaičius sulig jo svorio, būtent:

75- 80 kg	— 5 tabl.
80- 90 kg	— 6 tabl.
90-100 kg	— 7 tabl.
virš 100 kg	— 8 tabl.

Įpakavimas: Stikliniuose vamzdeliuose 20 tablečių ir dėžutėse 50 tablečių.

Akc. B-vės „Varpas“ spaustuvė. Kaunas, Gedimino 38.